

الاضطرابات النفسية في الأطفال

الجزء الثاني

مكتور

محمد شعلان

رئيس قسم

الأمراض النفسية والعصبية

كلية طب جامعة الأزهر



إهداء ٢٩

الأستاذ الدكتور / قنري محمود حفني
جمهورية مصر العربية

الاضطرابات النفسية في الأطفال

دكتور

محمد شعلان

أستاذ مساعد ورئيس قسم
الامراض النفسية والعصبية
كلية الطب - جامعة الأزهر

الجهاز المركزي للكتب الجامعية
والفهرسية والوسائل التعليمية

١٣٧٩ - ١٩٧٩ م

الفصل الأول

المقابلة والفحص والصياغة التشخيصية

أن الدافع الاساسى وراء ذهاب المريض الى المعالج هو حالة الالم التى يشكو منها والهدف الذى يسعى اليه هو العلاج أى المعونة على تخفيف حدة هذا الالم •

والمعالج بدوره يسعى الى معرفة طبيعة الالم وأسبابه لكى يتمكن من وصف العلاج الملائم • فى ضوء هذم الاهداف يمكننا أن نجزئ الخطوات بين حالة الالم وحالة الشفاء الى الاجزاء الآتية :

١ — المقابلة :

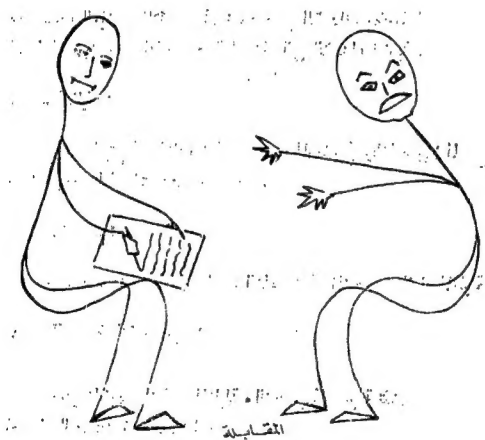
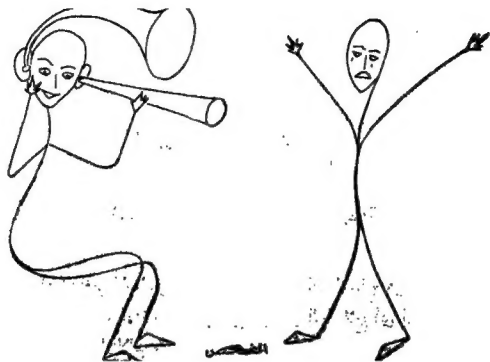
وهى ما يتم فى اللقاء بين المفحوص (المريض) والفاحص (المعالج) بهدف جمع المعلومات عن الحالة •

٢ — الفحص :

وهو ما يستنتجه أو يشاهده الفاحص فى المفحوص اثناء المقابلة •

٣ — الصياغة التشخيصية :

وهى تلخيص لنتائج المقابلة والفحص فى صيغة تلقى الضو على أصل الحالة ومسيرتها •



القائمة

المقابلة :

تتم المقابلة بين المفحوص (المريض) والفاحص (المعالج) بتعريف موجز لكل طرف . فالمريض يذهب الى المعالج بناء على معرفة موجزة لهويته ومؤهلاته . والمعالج يتعرف على المريض بطلب بيانات التعريف الخاصة به . وهو مريض بقدر ما هو في حالة ألم تؤدي الى ظهور شكوى من هذا الألم . والشكوى هي نقطة نهاية لأحداث لها بداية ولها تاريخ بدأ منذ أن طرأ تغيير على الشخصية قبل المرض (أو بداية ظهور الشكوى) . والشخصية لها نشأة تتمثل في تاريخ الشخص والذي بدأ نشأته في مجتمع مضغ لة تاريخ وهو تاريخ الأسرة . فلنستعرض هذه العناصر المكونة للمقابلة بمزيد من التفصيل :

١ - بيانات التعريف : أننا نبدأ بالتعرف على اسم المريض وقد نجد في هذه المعلومات المحدودة دلالات لها قيمة مثلما قد يكون الاسم غريباً أو له معنى أو يسمى على اسم شخصية تاريخية أو اجتماعية أو على اسم الأب أو الجد أو قد يكون الاسم لا يميز الجنس . بعد ذلك يأتي تعريف جنس المريض وهو بيان له دلالاته بطبيعة الحال نظرا لاختلاف الأوضاع الاجتماعية والنفسية بين الذكور والإناث . وبعد هذا نتعرف على السن الذي قد يشير إلى المرحلة التطورية التي يجب أن يكون بها المريض كما تهتم الحالة المدنية والتي سوف نحتاج إلى المزيد من البيانات التفصيلية عنها فيما بعد . ثم يأتي البيان عن العمل الذي يمارسه المريض وقد يشير هذا إلى طبيعة المشاكل التي يكون معرضاً لها ثم المستوى التعليمي الذي قد يشير إلى مستوى الذكاء ثم ندون عنوان المريض وقد يشير إلى طبيعة البيئة علاوة على قيمته العقلية في الاتصال بالمريض فيما بعد . كما يهتما أن يسجل جهة التحويل إذ إن هناك فرق بين حضور المريض بناء على رغبته أو تصحية آخرين أو اضطراؤه للحضور (القضاء أو الشرطة) .

٢ - الشكوى : وهى تبدأ بصياغة الشاكى (المريض)

لما يؤلمه ويضايقه . وهنا لابد من احترام هذه الصياغة وتدوينها بلغة الشاكى بدون تفسير من جانبنا . وهناك أحيانا (وبالذات في حالات الاطفال والذهانيين وانحرافات الشخصية) تكون الشكوى آتية من شخص أو جهة أخرى تشكو من السلوك الظاهري للشخص الذى يؤخذ للطبيب في دور المريض رغما عنه . وقد يكون الشاكى طرفا ثالثا يمثل المجتمع مثل القضاء أو الشرطة أو المدرسة أو الأسرة أو الإصدقاء . وبطبيعة الحال فإن الصياغة سوف تختلف على حسب شخص الشاكى وقد تأخذ طابع الاتهام المتبادل بين الشاكى والمشكو فيه . وهنا لابد لنا أن نسمى منذ اللحظة الأولى الدوافع المختلفة وراء كل شكوى ، الأمر الذى يستلزم ملاحظة شخصية الشاكى ومحاولة فهم دوافعه . ان الشكوى تمثل الصياغة الرئيسية للاعراض التى يشكو منها المريض كما انها تمثل المؤشرات الأساسية للوصول الى التشخيص الإكلينيكي وهو تشخيص مبدئى وظاهري .

٣ - تاريخ الشكوى : التسلسل المنطقي بعد تحديد الشكوى

وهو تحديد كيفية بدايتها وتطورها . فالشكوى بطبيعتها

هى رفض لحال جد ظهوره ، أى له بداية تميزه ، عن حال سابق له . ويمكننا تحديد العناصر الرئيسية لهذا التاريخ في نقط أساسية وهى توقيت بداية الشكوى أى متى بدأت وهذا يعطي فكرة عامة عما اذا كان المرض حديث وحاد أو قديم ومزمن ثم كيف بدأت أى هل كانت ابداية جادة وواضحة ومفاجئة أم كانت تدريجية وغير واضحة ، ثم كيف تطورت أى هل بدأت الشكوى حادة ثم انخفضت حدتها أم بدأت خفيفة ثم زادت أم هل لها طابع دورى أو متقطع .

٤ - الشخصية قبل المرض : وجود الشكوى يعنى أنه

كان هناك حال مقبول تحول الى حال مشكو منه ، أى

إن الشكوى تفرق بين الحال الحالي والحال السابق له . فإن المريض قد يشكو من ألم يبدو لنا لا مبرر له خاصة بالمقارنة مع أحوال الآخرين . إلا أنه يشكو لأنه يقارن حاله مع ماضى له يفضل . إن هذا الحال السابق أو الماضى المفضل هو ما نستطيع أن نصله بأنه الشخصية قبل المرض .

ومرة أخرى قد نبدأ بالوصف الظاهري الاكلينيكي للشخصية كما نستنتجها من تصوير المريض (أو الأشخاص المحيطين له) فنبدأ بالسمات الظاهرية مثل **الخصائص الجسدية كالبنية والطاقة والنشاط والصحة البدنية والعادات البيولوجية كالطعام والشراب والتدخين** وكذلك **الاخراج والجنس ثم الخصائص النفسية كالقدرة على الحب والعمل وما يؤثر عليها من مراعات نفسية وحيل دفاعية وقدرة الذات على التحكم في المصراعات (الغرائز والانا الأعلى) ثم الخصائص الاجتماعية** . نصل العلاقات مع الآخرين سواء في مجال الألفة والاصداق أو في علاقات العمل بالرؤساء والزملاء والمرؤوسين والخصائص العامة لهذه العلاقات بين الإنسيابية (أي الميل للاهتمام بالخارج) والإنطوائية (أي الميل للاهتمام بالداخل) .

• - تاريخ الشخص :

إن الوصف السابق للشخصية يعتبر بمثابة مقطع أفقي أو عرضي يصف حال الشخصية في حقبة من الزمن تسبق ظهور الأعراض . إلا أن هذا المقطع له امتداد طولي أي له تاريخ يمتد الي بداية تكوين الشخص . وألنا نستطيع تحديد نقطة البداية لتكوين الشخص عند لحظة الانجاب بين الحيوان المتوحي والبويضة والتي أدت الي الجبل، هربما قبل ذلك فيما قد يسبق هذا اللقاء بين الخليتين من علاقة عميقة بين رجل وامرأة أدت الي رغبة عضوية في الالتحام التام بالآخر فأدت الي الحمل والانجاب ،وعما اذا

كانت لديهما رغبة في هذا الانجاب إذا كانا يرغبان في انجاب طفل ذكر . أم شيء ،
وعما حدث في أثناء هذا الحمل من ظروف صحية نفسية وجسدية . ثم
يتلو ذلك لحظة الولادة وعما إذا كانت ولادة طبيعية من عدمه ويبدأ بعد
ذلك وصف المراحل التطور الثمائية (اريكسون) . ونستطيع أن نسترشد
بالمراحل السابق وصفها لتطور الانسان فنصف الى أى مدى تجسج
الشخص في تخطى المراحل وجابه تحديات كل مرحلة وإلى أى مدى كانت
هناك عناصر تثبتت أو تكوّن في كل مرحلة . ونستطيع أن نصف كل
مرحلة تحت عناوين ثلاثة وهي :

(أ) الجسد : وهو وصف لطبيعة النمو الجسدى عما إذا كان سليماً
وكذلك طبيعة علاقة الشخص بجسده وعلاقة الآخرين به مثلاً في عادات النوم
والرضاغة والنظافة ، ثم علامات النمو الجسماني والحركي . أى القدرة
على المشي والكلام وظهور الانسان . . الخ ثم في المراحل التي تتلو ذلك
في العلاقة بالوظائف البيولوجية وخاصة الطعام والاخراج والنظافة
والجنس وهكذا في كل مرحلة .

(ب) النفس : وهو وصف عناصر الشخصية مثل الانا والانا الأعلى
والغرائز وكذلك وظائف الانا في التوفيق بين الاطراف المتصارعة في داخل
الشخص والبيئة أى التكيف والعلاقات بالموضوع .

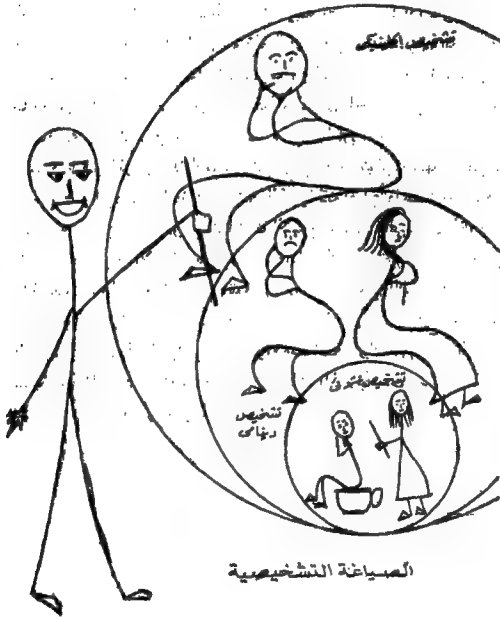
(ج) المجتمع : أى العلاقات الاجتماعية في كل مرحلة من الدائرة
الاحمرق الأسرة إلى الدوائر الأوسع في المدرسة أو العمل أو المجتمع
والاوضاع التاريخية والحضارية الاعم .

٦ - تاريخ لاسرة : بما أن الانسان كائن اجتماعي
حضاري سياسي له تاريخ يمتد الى ما هو أبعد من
حدود وجوده الذاتي فانه يصعب دراسة الفرد بدون
الاشارة الى تلك الأبعاد . وليس هناك مفر من الاشارة اليها في كل خطوة

من دراسة تاريخ الفرد الا أن هذه الفقرة تلقى الضوء على هذا البعد بالتحديد بواسطة محاولة دراسة تاريخ الاسرة بمزيد من التفصيل . فالاسرة هي الدائرة الاجتماعية المحدودة التي يتمثل فيها المجتمع علاوة على أنها تمثل النوع البيولوجي لتوارث الصفات الجسمانية على مر الأجيال من الناحية البيولوجية فان دراسة الاسرة تلقى الضوء على العوامل الوراثية التي قد يكون لها أثر على تكوين الشخص ، اذ نستطيع بواسطة معرفة تاريخ الاسرة وما اذا كان هناك منها سمات مرضية أو أمراض ، وخاصة الأمراض النفسية والعصبية ، وكذلك سمات مثل التطرف أو الشذوذ والانحراف علاوة على السمات الغير عادية مثل العبقرية أو المواهب المخلقة أو التخمين أو التصوف ، وبما أن الإنسان يرث من الاسرة ما هو أكثر من تلك العوامل البيولوجية فهو يتوارث عنها التقاليد والعادات والقيم أي الحضارة ، فان الاسرة كنواة اجتماعية تستحق الدراسة . ويجب أن ندرس العلاقات الاسرية بادئين بالشكل الظاهري مثل اعداد افراد الاسرة وتربيتهم في الميلاد الى مستقبلاتهم الاجتماعية والثقافية وعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم مع التركيز على الاسرة المباشرة أو النووية التي تستحق دراسة أكثر دقة . مرة أخرى نستطيع استخدام الجسد (بما في ذلك النواحي المادية والاقتصادية) والنفس (أي السمات الشخصية للأفراد) والمجتمع (أي السمات الاسرية ككل وعلاقة الاسرة بالمجتمع) كعناوين رئيسية للوصف .

الفحص :

يبدأ الفحص منذ لحظة اللقاء بين الفاجس والمفحوص أثناء
المقابلة • وإذا كانت المعلومات التي تجمع في المقابلة هي معلومات
من الدرجة الثانية يلقاها الفاجس على لسان المفحوص (أو من معه)



فهى من هذا المنطلق لا تعتبر حقائق موضوعية الا بقدر ما هى تمثل الصورة التى يرسمها المفوض لعلته . فالمرضى حينما يقولون أن اسمه كذا فان هذا لا يعنى بالضرورة أن اسمه كذا ولكن يعنى أنه حينما يسأل عن اسمه فهو يقول كذا . وإذا كان هذا المثال بالذات قد لا يستدعى هذه الدقة فى التعريف فان أهميته سوف تظهر حينما تنتقل الى الحقائق الأخرى فادا قال أن أبوشديد القسوة فان ذلك لا يعنى بالضرورة أن هذه سمة من سمات أبيه ولكن أن هذه هى الصمة التى يريد أن ينمت بها أبيه حينما يسأل عنه فى المقابلة . أى أن المعلومات والبيانات التى نجمها فى المقابلة يجب أن نأخذها بخذر من حيث موضوعيتها .

ومن هنا تأتى أهمية الفحص — بالفحص يجنى معلومات تقترب درجة أكثر من معلومات الدرجة الأولى أى المعلومات التى يثبثها أحدها الفحص من مباشرة ولا يأخذها عن أقوال المريض أو غيره . وهذا لا يعنى أنها بالضرورة موضوعية تماما ولكنها على الأقل تخضع لتسويات ذاتية الفحص فقط (وهى قليلة نسبيا خاصة كلما ازداد الفحص نفسيا وخبرة) بدلا من مجموع تشويهاات الفحص والمفوض أو من معه .

الفحص بين الأطوار الحرة والمحدود : أشرنا الى أن الفحص يبدأ منذ اللحظة الأولى للمقابلة ويستمر طيلةها ، أى أن الفحص بهذا المعنى ليس بالضرورة محددا بعناصر معينها . الا أن الحرية التامة فى المقابلة فى غياب اطار محدد لما يجب جمعه من بيانات قد ينتج عنها قلق ، علاوة على الصعوبة البالغة بالنسبة للمعالج الحديث الخبرة والمريض أيضا وذلك وجب وضع العناصر المذكورة فى الفقرات السابقة كمؤشرات لتحديد المقابلة وليست بالطبع كقيود تحد السهولة الطبيعية والحرية فى الملاحظات بين الفحص والمفوض . وعلى الفحص أن يجد اطار الذى يجمع بين الحرية

التامة وصورتها وبين الاطار المحدد الذى يشكّل التلقائية
والابداع .

عناصر الفحص : عند التدوين لنتائج الفحص فائنا سوف نضع
العناصر المطلوبة فى الفحص تحت عناوين مبنية على أساس البدء من
تظاهر والسطح الى الباطن والعميق كالآتى :

(أ) الشكل الخارجى الذى يضيفه الشخص على نفسه في
صورة الملابس (نوعها وطريقة ارتدائها ونظافتها وألوانها . . الخ) علاوة على
الاضافات الطبيعية مثل الشعر (الرأس أو الوجه) والاذن .

(ب) شكل الجسد ووظيفته تراوحا من الانحناءات والبروز الى
الحركة من تعبيرات الوجه الى حركات الايدى والارجل وطريقة المشي .
٢ - الكلام : (أ) الشكل بمعنى طبيعة الصوت وطريقة اخراجه وارتفاعه
وخلجاته ومرونته وكذلك طريقة نطق الكلمات وسرعتها .
(ب) المحتوى أى المواضيع التى يشتمل عليها .

٢ - الحالة الوجدانية :

كما تبدو من المظهر والسلوك الخارجى والكلام علاوة على ما يصل
الى الفاحص بطريقة غير مباشرة بمقدار التعاطف مع المفحوص . وبطبيعة
الخال فان هذه الأخيرة تتوقف على قدرة الطرفين على انشاء علاقة
متبادلة .

٤ - التفكير : (أ) الشكل أى الترابط بين الأفكار والتسلسل المنطقى
علاوة على كمية الأفكار وسرعتها وتموجاتها وتشمل أيضا القدرة على
التجريد والاستنتاج والربط .

(ب) المحتوى أى المواضيع التى تشتمل تفكيره سواء كانت فى
صورة تخيلات أو تفكير هادف أو وسوس أو ضلالات .

٥ - الوظائف العقلية : (أ) الانتباه والتركيز أى القدرة على متابعة موضوع ما وإلغاء المثيرات الداخلية أو الخارجية التى تشتت التفكير .

(ب) الإدراك ويعنى القدرة على إضفاء معانى على المحسوسيات وهنا قد نجد اضطرابات فى صورة ادراك اشياء غير محسوسة للآخرين كما فى حالة الهالوس .

(ج) الذاكرة وتشمل القدرة على حفظ واستدعاء الخبرات السابقة القريبة منها أو البعيدة .

(د) الذكاء كما يبدو فى تاريخ الشخص وكذلك من خلال قدرته على التعبير وطريقته فى التفكير .

٦ - الوظائف الجسدية : كما نقيسها من تاريخه علاوة على الفحوص الطبية التى أجريت بما فى ذلك التحاليل المعملية (وفى الحالات النفسية قد تشمل فحوص متخصصة مثل رسم المخ وغيرها) .

٧ - الاختبارات النفسية : وهى الوسائل المعملية التى قد نحتاجها لتأكيد ما سبق من نتائج ومنها ما يقيس القدرات مثل الذكاء والذاكرة ومنها ما يقيس السمات الظاهرة كما فى اختبارات الشخصية والاستبيانات ومنها ما يقيس السمات الكامنة أو البشعورية مثل الاختبارات الإسقاطية .

بعض الأطفال .

فيما سبق ذكرنا المبادئ العامة للفحص والمقابلة . ولكن هناك بعض الاختلافات فى حالة الأطفال يجب إبرازها :

١ - ان الطفل قلما يحضر بنفسه لينسكو آلامه اذ أن قدراته التعبيرية

باللغة والمفاهيم اللفظية محدودة ولذلك فإن الطفل المريض يفضل التعبير عن آلامه بواسطة جسده أو سلوكه مما يضيق أسرته فيحضرونه بالتالي لطبيب . علاوة على ذلك فإن الطفل عادة يمثل الطرف الأضعف في العلاقة بالأسرة وهو لا يملك الوسائل الشرعية للتعبير عن رفضه ولم يعتادها فهو في مقابلته مع المعالج لا يجد نعمة مشتركة معه علاوة على أنه يعامله لأول وهلة على أنه ينتمي للطرف الآخر في الصراع أي للأسرة فلا يثق فيه بسهولة وبالتالى لا يبوّخ له بشكواه .

ولذلك فعلى المعالج أن يأخذ الشكوى من الأسرة اما قبل مقابلة الطفل (وهو الامر الذى يقتل أن يؤكد للطفل أن الطبيب المعالج عميل للأسرة) أو أن يجرى المقابلة في صورة مقابلة الجماعة الاسرية تشجع الطفل والأسرة مع مراعاة أن الطفل قد يخشى الحديث في وجود أسرته . ويمكن التنبؤ على ذلك بواسطة الفاحص المدرب في الوسائل الجماعية . وقد يلجأ المعالج إلى الاستمانة بآخر (وقد يكون أخصم للمعالج) اجتماعي أو ممرضة) لأجراء مقابلة مشتركة وقد تأخذ شكل جماعي بأن يكون الاثنان مشتركين في نفس المقابلة أو قد يوزع العمل بينهما بأن يقابل أحدهما الطفل بينما يقابل الآخر الأسرة .

ويمكننا أن نحيف هنا وسيلة المقابلة الجماعية حيث يكون الفاحص مشترك مع مجموعة (من الطلبة أو المهنيين أو غيرهم) في مقابلة خالصة أو أكثر وهى تستخدم في مجالات التعليم والتدريب في بعض اطارات العمل المبرتي . وهنا تترك حرية التفاعل لمجموعة الفاحصين والفاحص مع ضرورة وجود قائد للفريق يستطيع أن ييسر الحوار ويطلق عليه ويوجهه في اتجاه الهدف المحدد للمقابلة ، وذلك بواسطة استخدام أسس ديناميات الجماعة .

هناك الوسائل الالفظية (أو اللفظية الغير مباشرة)

لا إنشاء حوار مع الطفل مثلا استخدمهم اللعب كوسيلة لكسر الحواجز مع
الطفل سرعان ما تتحول الى لغة يستخدمها الطفل للتعبير عما يعاني منه ،
كما يمكن اعطائه أدوات للرسم أو للصنع أو غير ذلك لنفس الغرض .

أو قد يلجأ الفاحص الى الأساليب اللفظية الغير مباشرة ابتداء من
استخدام الصوت اللغوي الى أن يطلب من المفحوص أن يشترك معه
في تأليف قصة أو يقوم بتشغيل مسرحية أو يعلق على قصة سمعها . ومن
خلال مثل هذه العملية يمكن أن يسقط الطفل مشاعره على أفراد القصة
فيقول من خلالهم ما لم يستطيع أن يقوله مباشرة .

وقد تتطور هذه الأساليب فتقن وتتحول الى اختبارات نفسية
تصل الى درجة من التخصص الذي يستدعي أن يقوم بها مهني متقرب
(أخصائي نفسي اكلينيكي) .

وختاما فلعلنا من المفيد أن يتعلم الفاحص أن ينظر الى النصف المملوء
من الكوب أي أن ينظر للمريض كأنسان له جوانب الألم والبهجة على
السواء ، فلا يكتفى بالاهتمام بالسؤال عما يؤله ولكن لابد أن يهتم بما
يبهجه ، أي لا يكتفى في بحثه في الشكوى عن مواقف الطفل ولكن أن
يسمى مبررا للبحث عما يملكه من مزايا وقدرات فلا يهدف فقط الى
تشخيص المرض ولكن أن يسمى أيضا الى تشخيص الصحة .

السياقة التشخيصية :

التشخيص هو تلخيص لنتائج المقابلة والفحص في الفاظ محدودة
تشير الى ما هو عام في الظاهرة وأهدافها وانهدف أن يكون الأمر أقرب الى
الصياغة التشخيصية أكثر منه تشخيص بالمعنى الطبي التقليدي . وأن
كان التشخيص أساسا خطوة في تفصيل العلاج الا أنه أيضا خطوة
علاجية في حد ذاتها ، فالمريض يبدأ في الارتياح من آلامه فور ما يستطيع
له تعريفه وأسباب لها . فقد عودنا القلب الغضوي أن يكون التشخيص

محددا في كلمة أو كلمات محدودة وذلك من منطلق الاهتمام بالمرض كمحور لوظيفة الطبيب بدلا من الاهتمام بالمريض كشخص . وبالتالي كان يكفي معرفة اسم المرض لكي نستنتج أسبابه وعلاجه . إلا أن الطب النفسي وخاصة في الأطفال قد أدخل أبعادا مختلفة الاتجاهات على التشخيص نظرا لأن الأمراض النفسية ليست محدودة المعالم كمثيلاتها في الأمراض العضوية علاوة على أن أشكالها وعلاجها على السواء تعتمد على مكونات كل شخص على حدة ومن ثم فقد تحول التشخيص من تسمية لمرض إلى وصف لمريض

وهنا لابد من تحديد هذه الأبعاد في التشخيص بالاعتماد على الاضطرابات النفسية وللبدا ن السطح إلى العمق ومن التدرج إلى البنية .

١ - التشخيص الاكلينيكي : Clinical diagnosis

وهو الذي يصف الأعراض الظاهرة ويضعها في صنف من أصناف الاضطرابات الرئيسية (ذهان .. عصاب .. اضطرابات شخصية .. الخ) ثم ينتقل بعد هذا إلى مستوى أكثر تحديدا فيحدد الصنف بدقة أكثر (مثلا : ذهان فصامي) ثم يخطو خطوة أخرى في التصنيف بأن يضيف حدودا أخرى (مثلا ذهان فصامي بسيط) وهكذا تتدرج حتى نصل إلى وصف مختصر للاعراض البارزة في الحالة الباعية (مثلا : .. مصحوب بأعراض تبدل في المشاعر وانطواء .. الخ) .

٢ - التشخيص الحيثاني : dynamic diagnosis

إن الأعراض التي واصلت في التشخيص الاكلينيكي جاءت نتيجة تفاعلات بين قوى كانت متوازنة قبل ظهور الأعراض ثم اختل الشوازن نتيجة لاختلاف في خيوازين تلك القوى . والتشخيص حينما

ياخذ في الاعتبار دراسة توزيع هذه القوى وتوازنها واختلال هذا التوازن فهو اذ ذاك تشخيص دينامي • ولعلنا نستطيع تحديد هذه القوى كالآتي :

(١) العوامل المرسبة الخارجية : هناك عوامل خارجية قد تؤثر على توازن القوى الداخلية وقيمة هذه العوامل تعتمد على مدى قوة حفظ التوازن الداخلي فاذا كان تماسكا فان العوامل الخارجية لا بد وأن تكون قوية بينما اذا كانت هشة فان العوامل الخارجية يمكن أن تكون بسيطة • اذا فان تقسيم العوامل المرسبة من حيث وزنها قد يلقي الضوء على قوة التماسك الداخلي • فالعوامل المرسبة وقد تكون قوية وذات وزن في حالة تعرض الفرد لخبرات صدمية عنيفة ومتتالية كما يحدث في حالات الحرب والسجن والتعذيب ، أو في حالات الاطفال حينما يتعرض الطفل لقسوة بالغة أو اعتداء أو مرض شديد •

ونستطيع أن نصنف تلك العوامل بشتى الطرق كأن تكون عوامل جسمية مثل التعرض لمرض حاد أو شديد أو فقدان عضو من أعضاء الجسم • وقد تكون عوامل نفسية مثل الاحباط ازاء آمال تتعلق بالحب أو الجنس أو الطموح أو المدوان • وقد تكون عوامل اجتماعية كأن ينتقل الفرد من بيئة الى بيئة أو يفقد ممتلكات أو عمل •

(ب) العوامل المرسبة الداخلية : ان الانا هو البوتقة التى يلتقى فيها الداخل مع الخارج • وكل ما يحدث في الخارج وله انعكاس في الداخل يبدو أكثر وضوحا في الانا • ومقابل ذلك فان كل ما يحدث في أعماق الداخل سوف يكون له انعكاس مماثل في الانا • وحينما نتحدث عن الاختلال في التوازن فهو أساسا اختلال في قدرة الانا على التوفيق بين الداخل والخارج وبين العناصر المتصارعة في كل منهما مثل الصراع بين الانا الاعلى والغرائز • ومن ثم

غان الحديث عن العوامل المرسبة الداخلية يركز أساسا على
اختلال قدرة الانا على التوفيق . يأتي هذا الاختلال نتيجة لضعف أساسي
في تكوين الانا أو نتيجة لعوامل خارجة عنه تتعدى قدراته على
التحكم فيها ، مثل الارهاق المستمر انذى يساهم في اضعاف الانا أو قد
يكون التراكم الغريزي المزمع الناتج عن عدم الاشباع كأن يكون الفرد
معرضا لفترة من الحرمان سواء كان حرمانا من التعبير عن رغباته
الشبقية أو العدوانية مما يضيف الى قوة الغرائز (الهو) بدرجة تفوق
قدرة الانا على التحكم فيها . وقد تطفو هذه الرغبات على السطح بينما
الواقع الخارجى مازال مضطرا وجهاز التحكم في الغرائز (الانا الاعلى)
مازال صارما مما يؤدي الى مضاعفة هذه الطاقة المضادة (الانا الاعلى)
نكى تقاوم الغرائز الامر الذى يؤدي الى احتدام الصراع بينهما ويؤدي
بالتالى الى مهادمة الانا واضعافه أمام الطرفين المتصارعين .

أى أن التشخيص الدينامي في هذه الحالة سوف يشمل تقويما
لقوة الانا وقدراته على حفظ التوازن وكيفية قيامه بهذه المهمة
مع وصف للوسائل الدفاعية المستخدمة . ويمكن الرجوع الى وظائف
الانا لتحديد هذه الخصائص والقدرات والوسائل الدفاعية . كما يشمل
التشخيص الدينامي فيما يتعلق بالعوامل المرسبة الداخلية أيضا تقويما
عاما للقوى الداخلية المتصارعة الاخرى وهي الانا الاعلى والغرائز .
وهو في جوهره يعتمد على تخيص لما ظهر من التاريخ الحالى

للاشكوى علاوة على الفحص .

٢ - التشخيص النشوءى : ويعنى كيفية نشوء genesis : لتجالة

أو بعبارة أخرى العوامل المهيئة

التي مهدت للعوامل المرسبة أن تأتي بمفعولها . وهذا الجانب من
التشخيص يشمل في جوهره تخيصا لتاريخ الشخص ويبدأ من العيوان

انوراثية كما تبينت من تاريخ العائلة ، ثم العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغيرها كما تبينت من نفس الدراسة ، ممتدة الى تكوين الشخص الحالي ، ثم الى تقويم للعوامل التكوينية المبكرة كما في الحمل والولادة ، ثم تقويم العوامل الصدمية وغيرها في الطفولة المبكرة ، ثم تقويم للعوامل التي أثرت فيما بعد وخاصة في كل أزمة من أزمات التطور من مرحلة الى مرحلة . ولا يفوتنا بالطبع أن ننتبه الى الجوانب المختلفة والتي أمكن تصنيفها الى جسدية كما في الامراض والمعادن ، ونفسية بمعنى كيفية تعامل الفرد مع المؤثرات المختلفة وكيفية استقبالها ، واجتماعية بمعنى المؤثرات البيئية الاجتماعية .

٤ - التنبؤ : prognosis

لا يخلو التشخيص المتكامل من اشارة الى توقعاتنا لتطور الحالة وعما اذا كانت هناك مؤشرات تشير الى امكانية تحسن الحالة من عدمه وذلك بالاخذ في الاعتبار الظروف المحيطة والداخلية مجتمعة . فالطفل الذي يملك قدرات عقلية خارقة ورغبة قوية في النجاح ويوجد في أسرة تستطيع أن تكفل له ظروف النجاح غير الطفل الذي لا يملك كل هذا . واحتمالات التطور تختلف في الحالتين .

• - التوصيات العلاجية : حيث أن الهدف من التشخيص هو معرفة ظاهرة

الاضطراب وأسبابها من أجل التغلب عليها فان التوصيات العلاجية يجب أن تكون الجزء الختامي من الصياغة التشخيصية بعد فحص المريض ومقابله . إذ أن الذي سوف يحدد نوع العلاج هو التشخيص بأبعاده المختلفة والحالة التي تكون فيها العوامل المرسية الخارجية واضحة سوف تحتاج الى علاج يركز حول احداث تغييرات في البيئة أو ابعاد الفسرد عن تلك العوامل بصورة أو أخرى (مثل إخاله مستشفى أو التوصية بنقله من مكان الى آخر) بينما الحالات التي يتضح فيها أن العوامل النشئية لها غلبة قد تحتاج الى تدخل من نوع آخر مثل العلاج

النفسى. أو العلاج الطبى وقد يكون ذلك تدعى (مثل فى حالة ضعف الانا) أو استكسافى (بنائى) أو جذرى وكذلك يمكن التوصية بنوع وعق العلاج النفسى حسب ما يصل اليه التشخيص فى الحالات التى تتميز بضعف الانا ازاء رغبات ملحه من الغرائز قد تحتاج الى اتجاه فى العلاج يدعم الانا ويساعدها على التحكم فى الصراع باستخدام الوسائل الدفاعية الافضل فى تلك الظروف (وهو العلاج النفسى التدعى)
supportive psychotherapy

بينما الحالة التى تكون فيها الانا قوية وتوجد فيها رغبة فى التعمق فى حل المشكلة جذريا ولديها القدرة على تحمل الالم والاحباط تد يفضل فيها العلاج النفسى التحليلى analytic psychotherapy (أو الاستكسافى أو الجذرى أو العميق) • وسوف نعرض للانواع المختلفة من العلاج فى مكان آخر بالتفصيل •

ويجب أن تشير التوصيات العلاجية الى نوع العلاج المطلوب آخذين فى الاعتبار ما هو ممكن وقد يشمل هذا عدة خطوات واتجاهات مثل توصية بالعلاج بالمقايير مع العلاج النفسى التدعى مع التوصية بمقابلات الاسرة مع الاخصائى الاجتماعى ومقابلات أخرى مع القائمين بالتعليم أو توصية بنقل الطفل الى مستشفى أو مدرسة خاصة • الخ •

٦ - المتابعة : ان المتابعة هى الوسيلة الافضل للتأكد من صحة التشخيص بما فى ذلك التوصيات العلاجية وهى بهذا تدخل ضمن عملية التشخيص • فبواسطة المتابعة نستطيع مراجعة التشخيص أو اضافة أبعادا جديدة اليه كما يمكن التغيير فى خطط العلاج • وقد تتراوح فترات المتابعة من متابعة مستمرة طيلة الاربع وعشرين ساعة كما يحدث فى الحالات المطلوب ملاحظتها • ويقوم بهذه المتابعة فريق من المعالجين يشمل أفراد التمريض أساسا علاوة على غيرهم • وقد تكون متابعة يومية كما يحدث فى حالات العلاج النفسى المكثف على مستوى العيادة

انخارجية وقد تكون متابعة أسبوعية أو شهرية أو أكثر حسب الحالة . فالمتابعة قد تكون بواسطة فرد أو فريق من الافراد ولكن الافضل أن تتجمع في ملاحظات يدونها المعالج الرئيس بعد جمع البيانات من اعضاء الفريق .

٧ - الملخص الختامى : بعد انتهاء العلاج لأي سبب كأن يكون المريض قد شفى تماما أو انتقل الى مكان آخر أو توفى فيجب على المعالج أن يلخص كل ما سبق لكى يسهل تدوينه والاطلاع عليه عند اللزوم . فاذا كان المريض قد انتقل الى منطقة مختلفة وبالتالي سوف يتابعه معالج آخر فسوف يلزمه ملخص الحالة أو قد يلزم مثل هذا الملخص في حالة دراسة استطلاعية لعدد كبير من الحالات من أجل اجراء بحث علمى أو احصائى .

الفصل الثاني

تصنيف الاضطرابات النفسية في الاطفال

نظرة عامة :

ان الهدف من التصنيف هو تخفيض الظواهر المتعددة الى ظواهر محدودة على أساس خواص عامة ومشاركة بين مفردات التصنيف الواحد ، بحيث يصبح من اليسر اخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تسهل فهمها والتعامل معها . وفي الوقت ذاته يجب أن يسمح التصنيف بدرجة من التفصيل يسمح بالفصل بين الاصناف المختلفة ، على سبيل المثال فأننا نستطيع أن نعلم بأن نجد خاصية مشتركة بين جميع الاضطرابات في كونها جميعا تمثل حالة من التعثر في التكيف بشكل أو آخر . فاذا ما سرنأ في طريق التحديد ميزنا العناصر التي يمكن أن تشكل تعثرا في التكيف وصنفناها الى عناصر الجسد والنفس والمجتمع وعرفنا الاضطرابات النفسية بأنها تلك التي نستطيع وصفها أو أرجاعها الى عوامل يسهل تعريفها بالمفاهيم النفسية فان احتمالات الاضطرابات النفسية قد تدور حول المحاور الآتية :

١ - النفس والنفس :

حينما ننشئ عناصر محدودة من النفس عن الكل ويشكو صاحب الإنسان من آلام يصفها بالمفاهيم النفسية وتشير الى عدم رضا الشخص عن جزء منشق من نفسه . وهو لهذا متوافق نسبيا مع المجتمع ومع

جسده ولا يطرأ عليه تغيير كمي يذكر أو تغيير كيفي اذ يبقى بنيانه متماسكا نسبيا . هذا ما نصفه عادة بالاضطرابات العصابية (شكل ٢-١)



٢ - الجسد والنفس والمجتمع :

أما اذا كان الانشقاق أكثر شمولا بحيث يطنى الجزء المنشق على الاصل ويفقد الشخص توافقه مع نفسه وجسده ومجتمعه على السواء فينطمس صوت الشاكي بداخله لدرجة أن تأتي الشكوى من المجتمع المحيط به فان التغيير يتحول الى تغيير كيفي ويفقد الشخص تماسك بنيانه ويصبح انشقاؤه على نفسه جذريا . وهذا ما نصفه عادة بالاضطرابات الذهانية (شكل ٢-٢) .



٣ - النفس والمجتمع :

إذا كان الانسحاق بين النفس والمجتمع (مع وجود توافق بين النفس والجسد) فهذا يعنى أن الشخص راض عن نفسه ومتوافق معها ويتمتع بصحة بدنية ولكن المجتمع يشكو منه وهذا ما نصفه عادة بـ **اضطرابات الشخصية** (شكل ٢ - ٣) .



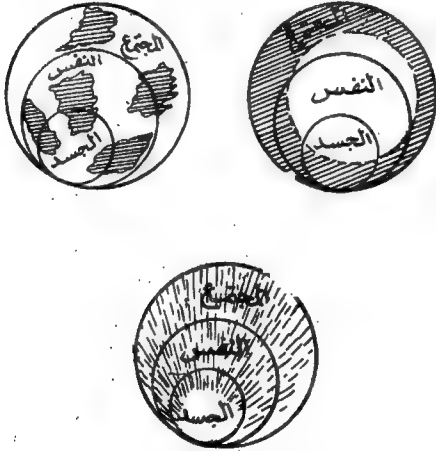
٤ - النفس والجسد :

إذا كان الاضطراب يظهر في الجسد بسبب عدم توافق نفسى أصلا ولكن مع الحفاظ على التوافق النفسى والاجتماعى الظاهرى . فإن هذا هو ما يوصف عادة بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسية الجسمية (شكل ٢ - ٤) (واختلافه عن الأمراض العضوية أن هذه الأخيرة تعبر عن عدم توافق بين الجسد والجسد بحد أدنى من تدخل العوامل النفسية والاجتماعية) (شكل ٢ - ٥) .



٥ - النفس والمخ :

.. بما أن المخ هو الجهاز الرئيسي الذى يؤدي وظيفة الوعي فان الاضطرابات التى ينشأ عن خلل فيه يمكن التعبير عنها بانعدام أو اضطراب الوعي . فإذا كان الخلل يشمل المخ عامه كما هو الحال في حالات النقص أو التخلف العقلى فان الوعي محفوظ ولكنه محدود (شكل ٢ - ٦) وإذا كان الخلل محمداً بمناطق كما هو الحال في أكثر الاضطرابات المخية المزمنة فان الوعي يكون متقطعاً أو متقرباً



بينما في الاضطرابات المخية الحادة فان الوعي كله يتشتت ويضطرب كيفياً وأن كان لا يختفى تماماً بالضرورة أو ينقص (شكل ٢ - ٨) .
 هذا ما ينطبق على الاضطرابات النفسية بصفة عامة فإذا أضفنا

بعض الخواص في الاطفال التي تستوجب بعض الاضافات وجدنا الاتي :

ان الطف من وحساس وسهل التأثر بما حوله بدرجة قد تجعله يبدو مضطربا في حين أن اضطرابه ازاء تغيرات البيئة ما هو لا استجابة صحية تتول سرعان ما يزول الاضطراب البيئي . أما اذا زاد الاضطراب لدرجه وجود اعراض مرضية فاننا ننتقل الى مجال الاضطراب التفاعلي وهنا فان الاضطراب وان كان يطابق الاضطرابات العصائية او غيرها الا أنه لم يثبت في تكوين الطفل النفسي ولم يزل من الممكن اختفاؤه تلقائيا فور ازالة العوامل المرسبة . وأخيرا فان الطفل سريخ النمو والتطور وقد يتأخر أو يعجل في انتقاله من مرحلة الى أخرى علاوة على ما في كل نقلة من آلام مخاض فان هناك صنفا آخر من اصناف الاضطراب وهو اضطرابات النمو وبهذا نكون قد اقتربنا من التصنيف الخاص باضطرابات الاطفال الذي تركيه جمعية ترقية الطب النفسي (الامريكية)

Group for the Advancement of Psychiatry

وهو كالاتي :

- ١ - الاستجابات الصحية Healthy responses
 - ٢ - الاضطرابات التفاعلية Reactive disorders
 - ٣ - انحرافات النمو Developmental deviations
 - ٤ - الاضطرابات العصائية Psychoneurotic disorders
 - ٥ - اضطرابات الشخصية Personality disorders
 - ٦ - الاضطرابات الذهانية Psychotic disorders
 - ٧ - الاضطرابات السيكيوفسيولوجية Psychophysiologic disorders
 - ٨ - الاضطرابات المخية Brain syndromes
 - ٩ - التخلف العقلي Mental retardation
 - ١٠ - اضطرابات أخرى Other disorders
- والمجموعات الرئيسية هذه تشمل بدورها عدة مجموعات أصغر سوف نستعرضها ثم نعود اليها بالتفصيل في فصول تالية :

١ - الاستجابات الصحية :

وهي تشمل ظهور أعراض ناتجة عن صراع مرتبط بأسباب طبيعية مثل ازِمات التطور في الأعمار المختلفة • وتقع غالبا في مجموعتين واحدة تشمل ازِمات ناتجة عن صراع مرتبط بالتطور بغض النظر عن الظروف والاخرى تشمل ازِمات ناتجة عن وجود ظروف خارجية مؤثرة • وهناك بعض الظواهر قد لاتقع تحت هذا أو ذاك •

٢ - الاضطرابات التفاعلية :

وهي تشبه السابقة نوعا من حيث أن الأعراض يرتبط وجودها بوجود مصدر للصراع بالخارج وأن هذا الصراع لم يستدخل بعد في نفس الطفل • إلا أن الأعراض مرضية ومبالغ فيها وعميقة بالمقارنة مع السابقة •

٣ - انحرافات النمو :

وهي تمثل المبالغة في الاختلافات في درجات النمو في الأطفال وعادة تكون أسبابها بيولوجية تكوينية • على سبيل المثال : التأخير في النمو أو النمو المبكر على مستوى الجسم ككل • أو التأخير في جوانب معينة مثل الكلام أو الحركة أو الوظائف العقلية المختلفة أو الوظائف الجنسية •

٤ - الاضطرابات العصبية :

حينما تصل درجة الاضطراب التفاعلي الى أن يكون الصراع داخليا وغير مرتبط بوجود المؤثرات البيئية فإن صورة العصاب تتكون • وتكون الأعراض في الأطفال عادة يفتقر الى الوضوح ويقترب منه كلما كبر السن • وأنواع العصاب مشابهة لما هي عليه في الكبار وهي تنقسم الى الآتى :

(أ) **القلق** : وهو الأساس الدينامي لأنواع العصاب الأخرى إلا أنه في حالة فشل الحيل الدفاعية فإن كمية القلق تبقى على السطح وأحيانا يكون القلق هو الظاهرة الرئيسية أو الوحيدة مما يكون صورة عصاب القلق .

(ب) **الرهاب أو الخوف** : وهو نتيجة محاولة لتمديد القلق في موضوع بالذات بواسطة إسقاط واستبدال أو نقل الموضوع الحقيقي للقلق إلى موضوع آخر بديل ورمزي .

(ج) **الهستيريا التحولية** : وهي تحدث عندما تنجح الحيل الدفاعية في تحويل القلق إلى اضطراب في أحد الأعضاء الجسمية التي تقع في نطاق الوعي والإرادة كالعضلات الإرادية المختلفة فيصاب الفرد بشلل أو رعشة أو يكون التحويل إلى وظيفة حسية فيفقد الفرد الاحساس في جزء من جسمه أو تتوقف إحدى حواسه .

(د) **الهستيريا الانشقاقية** : وهي تشمل الحالات التي يؤدي فيها القلق إلى استخدام درجة من الكبت قد تصل إلى عزل جزء متكامل من الوعي عن بقية الوعي فيؤدي الفرد حركات معقدة لا يتذكرها بعد أن يفيق من حالة الوعي الممنوعة كأن يتحدث أو يمشي وهو نائم أو كأن يسافر من مكان إلى مكان أيضا أو كأن يغمى عليه نهائيا .

(هـ) **عصاب الوسواس** : يتصف بظهور أفكار قهرية لا يستطيع الفرد التحكم في ظهورها بل تفرض نفسها عليه كلما حاول مقاومتها وقد تأخذ صورة أفعال قهرية كأن يجد الفرد نفسه مضطرا للمس أشياء أو ترتيبها أو السير بطريقة معينة .

(ر) **الاكتئاب العصابي** : وأحيانا يعرف بالاكتئاب التفاعلي أو عصاب الاكتئاب وهو الذي يمكن تفسيره بواسطة العوامل النفسية

والبيئية الظاهرة علاوة على أنه يأخذ صورة أقل عمقا من الاكتئاب
الدورى أو الذهانى •

(ز) اضطرابات عصابية غير محددة : ويستخدم هذا التصنيف حين
لا يمكن تحديد الاعراض بالضبط أو تصنيفها حسب أى من الفئات
السابقة وقد يشمل ذلك أعراضاً مختلفة مثل كثرة الاهتمام بالجسم والمرض
كما يشمل حالات العصاب الصدمى أى الذى ينتج عن إصابة أو صدمة
نفسية أو جسمية حادة أو عنيفة •

• — اضطرابات الشخصية :

فى العصاب تبدو الاعراض غريبة عن الذات
ego — dytonic , ego — alien

فيرفضها الشخص ويشكو منها ويطلب التخلص
منها • أما فى اضطراب الشخصية فان نفس الصراع الذى أدى الى
الخلق ثم الى اعراض عصابية قد يؤدى الى تكوين سمات فى الشخصية
تتسبب فى سوء التكيف لصاحبها وتتسبب الضيق لمن حوله كما تتسبب له
الضيق بطريق غير مباشر ، فهو لا يشكو من شخصيته لأن الاعراض
ليست غريبة عن الذات كما هو الحال فى العصاب بل هى متوافقة
مهما • ego — syntonic ولكن اضطراب شخصيته يسبب
له سوء التكيف والتوتر المزمن فى علاقاته • وتختلف التصنيفات هنا
حيث أن هناك صعوبات فى وصف وتحديد معالم الشخصية بصورة
واضحة مثلما هو الحال فى الحالات المرضية • علاوة على أنه بالنسبة
للإطفال فان اضطرابات الشخصية لا تظهر الا فى سن متأخرة حيث أن
الشخصية لا تتكون بصورة واضحة الا مع تقدم السن كما أنها غير
ثابتة •

ويمكن فهم اضطرابات الشخصية حسب معيار درجة التناقض مع
المجتمع (البيئة) مع الافتراض أن العنصر الاساسى الذى يميز اضطرابات

الشخصية عن غيرها هو أنها أساسا تمثل تناقضا بين الشخص وبيئته .
فإذا أخذنا بالدرجة الأقل في التناقض مع المجتمع فسوف نجد
اضطرابات الشخصية التي تقابل حالات العصاب المختلفة ويفرقها عن
انعصاب ان الاعراض تتحول الى سمات متوافقة مع باقى عناصر الشخصية
ولكنها غير متوافقة مع البيئة ويمكن وصف الانماط الآتية حسب مرحلة
انثبيت (أو النكوص) بادئين بالمرحلة الاولى (الفمية ، الامان) .

(١) الشخصية المنزلة : isolated حيث يميل الطفل الى البرود
العاطفى وخاصة تجاه الاشخاص بالمقارنة مع الاشياء وهى تقابل
الشخصية الشبه فصامية schizoid فى الكبار .

(ب) الشخصية المكفوفة : inhibited والتي تتميز بالخجل الشديد
والخوف من الظهور رغم شدة الاحتياج للدفع والاقتراب ولعلها
الشخصية الاكتئابية depressive فى الكبار .

(ج) الشخصية الاعتمادية : dependent وتتميز بالميل الشديد الى
الاعتماد على الآخرين والمتعلق بهم ، ولعلها تقابل نمط من انماط الاكتئاب
أيضا فى الكبار .

(د) الشخصية الشككية : mistrustful وتتميز بالشك فى الآخرين
وعدم الانتماء وتقابل الشخصية البارانونية فى الكبار .

وبلاحظ هنا اقتراب فى السمات مع المرحلة الثانية (الاستقلال ،
الشرجية) والتي يقابلها فى العصاب حالات الوسواس القهرى ويمكن
وصف الشخصيات الآتية فى الاطفال فى المرحلة الثانية .

(هـ) الشخصية العنيدة : oppositional وتتميز بالميل والعناد
والخلاف كوسائل أساسية للتعبير عن العدوان .

(و) الشخصية الوسواسية : *obsessive* والتي تبرز فيها السمات المختلفة المميزة للمرحلة لثانية وهي العناد والافراط في النظافة والدقة والنظام الخ .. ولعل نمط الطفل المثالي يمثل صنفا من هذه الفئة .

(ز) الشخصية المفرطة في الاستقلال *overly independent* وهنا يكون الاستقلال مبالغاً فيه وسابقاً لأوانه ويخفى وراءه ميلاً شديداً للاعتماد .

فإذا ما انتقلنا نحو المرحلة الثالثة (المبادرة) والتي تقابل حالات العصاب وجدنا اضطرابات الشخصية الآتية :

(ح) الشخصية الهستيرية *hysterical* وتتميز بالميل الى الزهو والمباهاة والافواء الظاهري وسرعة الانفعال .

(ط) الشخصية القلقة *anxious* وتتميز بالتوتر المستمر والخوف من المواقف الجديدة وبالإشارة الى درجة التناقض مع المجتمع فإن هذه الانماط تقترب من حالات العصاب في أنها تمثل الدرجة الأقل حدة في التناقض .

فإذا ما انتقلنا الى الاتجاه المعاكس حيث حده التناقض مع المجتمع هي الغالبة والتي يغلب فيها عملية التفعيل ويمكن وصف الاصناف الآتية :

(ي) اضطرابات التوتر والإخراج *tension — discharge* ويكون اضطراب السلوك ظاهراً والوسيلة الغالبة هي التفعيل والافتقار في تكوين الشخصية أساساً في الأنا الأعلى الذي لا يستطيع التحكم في الغرائز وخاصة العدوانية منها . ومرة أخرى على نفس المتصن الذي أشرنا اليه فهناك نوعان من الاضطراب في هذه المجموعة : الأولى وهي الشخصية العصابية ويكون التفعيل فيها ناتجاً عن صراع داخلي (عصابي) أساساً .

والثانية هي الشخصية المنفعية *unipulse - ridden* حيث الصراع الداخلي بسيط أو معدوم وهي تقابل الشخصية البيكوباتية في الكبار .

(ك) الشخصية المنفسخة عن المجتمع *dysocial*

وهنا يكون الطفل متكيفا مع فئة محدودة من المجتمع (شمله أو جماعة دينية أو عنصرية منفصلة عن باقي المجتمع) ولكنه لا يتكيف مع المجتمع الأوسع .

(ل) الانحرافات الجنسية : *exual perversions* وإن كان الجنس في الطفولة المبكرة يشبه الانحرافات المتعددة الشكل إلا أن الاستمرار فيها بعد المرحلة الثالثة بصورة مبالغ فيها يمثل نوعا من الاضطراب .

٦ - الاضطرابات الذهانية :

أولا في الطفولة المبكرة :

(١) الذاتية المبكرة في الصغار *early infantile autism* وهي

حالة أولية تبدأ في الشهور الأولى وتتمصف بانعدام القدرة على الارتباط وتكوين علاقات مع الآخرين وإن كانت القدرة على تكوين العلاقات مع الأشياء لا تتأثر كثيرا . ومن ثم فإن القدرة على الكلام تصبح محدودة .

(ب) *الذهان الكفلي* *ymbiotic psychosis* وهي حالة تظهر بعد السنة الأولى بعد أن يكون الطفل قد نجح في تكوين علاقة مع الآخرين وإن كانت علاقة كفية من حيث التعلق الزائد من الجانبين وتكون نتيجة لها أن يقلق الطفل بصورة مبالغ فيها عند أى انفصال أو تهديد بالانفصال عن أمه ويظهر عليه أمراض عديدة تصل في حرجة بعضها إلى شكل الارتباك الذهاني .

(ج) اضطرابات ذهانية أخرى وهي التي لا تأخذ شكلا من
الاشكال المبينة أعلاه ، وقد تشمل بعض أوجه الشبه منها كلها .

ثانيا في الطفولة المتأخرة :

(أ) **الذهان شبه الفصامي** : schizopreniform ويظهر بين سن
السادسة والثانية عشر وقد يبدأ في صورة عصاب شديد ثم تظهر وسائل دفاعية
بدائية تعطيه الصورة الذهانية وهي تشبه الفصام في بعض الجوانب أهمها
الانطواء والبرود العاطفي والذاتوية واضطراب التفكير وقلما توجد
هلاوس نظرا لثنى الخيال عند الاطفال . كما تظهر اضطرابات سلوكية
مختلفة وقلما تأخذ صورة محدودة ومبلورة مثل الفصام في الكبار
وعادة يكون الذهان محدود المدة .

(ب) أنواع أخرى من الذهان في الطفولة مثل الاكتئاب والهوس
التي قلما تظهر بصورة واضحة في الطفولة .

ثالثا : في المراهقة :

(أ) **حالة الهذيان الحاد** : وتتسم بالقلق الحاد مع اضطراب التفكير
والاكتئاب والارتباك وتماحب هذه الحالة مرحلة البحث عن الهوية
عند المراهقين وما يصاحب ذلك من اضطراب في معالم الذات وحدودها .

(ب) **فصام ذهاني** وهو لا يختلف كثيرا عن مثيله في الكبار وتكون
الغلبة فيه للصنف الحاد الذي لا يتصف بمعالم محدده الا أن الاصناف
الآخرى التي توجد في الكبار قد توجد هنا أيضا وهي البسيط
والكاتاتوني والبارانوي والطفلي .

(ج) **اصناف أخرى من الذهان** وقد تشمل بعض حالات توجد
فيها أعراض هيسترية أو اكتئابية أو اضطرابات الشخصية .

٧ - الاضطرابات النفسية الجسمية (السيكوفسيولوجية) :

وتشمل هذا التصنيف الامراض التي يتأثر فيها الجسم عضوياً بالعوامل النفسية بواسطة تأثيرها على الجهاز العصبي اللاإرادي وهذا يفرق هذه الامراض عن الهستيريا التحولية التي يكون فيها التأثير على مراكز التحكم في الجهاز العصبي الارادي • ويمكن تقسيم هذه المجموعة على حسب الاجهزة الخاصة التي تتأثر كالآتي :

- (١) الامراض الجلدية : مثل بعض حالات الحساسية كالأكزيما والارتكيا وبعض حالات الثعلبية وحب الشباب ... الخ •
- (ب) الجهاز العضلي : أكثرها يتعلق بتغيرات حسية (ألم) أو تشريحية (ضمور أو تضخم) ناتجة عن تقلصات عضلية مزمنة •
- (ج) الجهاز التنفسي : مثل الربو وبعض أنواع الحساسية •
- (د) القلب والدورة الدموية : ضربات القلب السريعة • وضيق اوعية الدموية وما ينتج عنها •
- (هـ) الجهاز الدموي : تتأثر كرات الدم بالحالة النفسية بل ان بعض أنواع سرطان الدم قد تبدأ بعد صدمة نفسية •
- (و) الجهاز الهضمي : أهمها القرحة في المعدة والتهابات المران الغليظ كذلك بعض حالات الامساك والإسهال والمغص •
- (ز) الجهاز التناسلي والبولي : بعض اضطرابات الخصيتين واضطرابات في عملية التبويض •
- (ح) جهاز الغدد الصماء : مثل مرض السكر والغدة الدرقية •
- (ط) الجهاز العصبي : بعض حالات الصرع واضطرابات النوم واليقظة وبعض حالات الدوخة •

(ظ) الجهاز الحسي الخاص (الحواس) : بعض امراض العيون

والاذن •

٨ - الامراض المخية (العضوية) •

وهي الامراض النفسية الناتجة عن اصابة أو تلف في أنسجة المخ • وهناك اعراض مباشرة كأضطراب وظائف التفكير والذكاء والحكم على الامور والذاكرة كما أن هناك أعراضاً ناتجة عن ظهور ما كان كامناً من اضطرابات في الشخصية وقد تصل الى درجة الذهان • ويمكن تصنيفها الى مجموعتين : حادة ومزمنة كما يمكن تصنيفها على أساس آخر وهو : المصحوبة بذهان وغير المصحوبة بذهان •

(أ) الامراض المخية الحادة : وهي عادة تكون بسبب تأثير عوامل

سمية كيميائية أو فيزيائية مثل الحرارة العالية أو الجفاف • وتتصف باضطرابات في الوعي مع هذيان وهلوس •

(ب) الامراض المخية المزمنة : وتكون نتيجة ضرر ثابت نسبياً

في خلايا المخ وتكون الاعراض أساساً في القدرات العقلية مثل الذاكرة والتركيز والتفكير المجرد وغيرها كما تصاحبها اضطرابات في الشخصية ناتجة عن شعور الفرد أنه مداهم بنقص وعجز لا حول له فيه ولا قوة كما أن من العلامات المنتشرة في الاطفال اضطرابات في السلوك صورة الحركة الزائدة والقلق والانفعال •

٩ - التخلف العقلي :

تشمل هذه الحالات المختلفة من التخلف في القدرات العقلية بدرجة بمجالات بين بين ثم الخفيفة ثم المتوسطة ثم الشديدة ثم العميقة • ويمكن تقسيمها الى مجموعتين :

(أ) البيولوجية : والتي تكون أسبابها في التكوين الجسمي للفرد ولها أسباب ظاهرة كأن تكون هناك زيادة شديدة في حجم الرأس مع ضمور المخ أو نقص في الحجم بسبب اضطراب كيميائي يؤدي الى تسمم في خلايا المخ ناتجة عن صدمة أو عرض مثل حالات الامراض المخية السابق ذكرها .

(ب) البيئة (الاجتماعية والحضارية) : وهي التي تكون نتيجة اعتقار البيئة الى ما يثير وينمي القدرات العقلية وينتشر ذلك في الاوساط الدنيا اقتصاديا وثقافيا واجتماعيا .

وهناك بالطبع احوالات التي يكون فيها دور لكل من البيئة والبيولوجيا .

١٠ - اضطرابات اخرى :

ويوضع في هذا التصنيف ما لا يمكن تحديده في الفئات السابقة .

الفصل الثالث

الطفولة المبكرة

إن العنصر المشترك في الاضطرابات النفسية في الطفولة المبكرة هو أن شكل الاستجابة يتأثر بدرجة نمو الطفل . إن الطفل في بداية حياته لا يملك معالم ظاهرة للشخصية رغم وجود عناصر الشخصية بصورة كاملة . وتكون الشخصية في البداية أساساً من المراكز التي تتمركز حول وظيفة الاطعام وبينما وظائف الانا والانا الاعلى تقوم بها الام ، فهي التي تحمي الطفل من المخاطر وتلبي احتياجاته وتجعل التكيف مع البيئة ممكناً ، وهو لذلك يعتبر معتمداً اعتماداً شبه كلي على أمه مما يجعل استجاباته النفسية أقرب ما تكون الى ردود فعل لحالة الأم . الامر الثاني هو أن الوسائل التي يستطيع الطفل بواسطتها أن يعبر عن معاناته النفسية محدودة فهو يركز وجوده حول فمه ووظيفة التغذية بالذات مما يجعل التعبير يستخدم هذه المجالات كأدوات ، أي أن الاضطراب النفسي الذي ينشأ هنا غالباً ما يأخذ صورة اضطراب في التغذية . ومع نمو الطفل وظهور وظائف أخرى جديدة تتغير الصورة التي تأخذها الاضطرابات .

اضطرابات التغذية :

ترجع أهم أسباب اضطرابات التغذية في الطفولة المبكرة الى موقف الأم . إزاء وظيفة الامومة فقد تسمى للتحلل منها بأن ترفض عملية الارضاع وتلجأ الى الرضاعة الصناعية مما يثير التساؤلات حول الجوانب الضارة

لئن هذا الأمتناع . ولهذا فهناك اتجاه للعودة مرة أخرى الى الرضاعة الطبيعية وقد نلاحظ أن الطفل الذي يرضع رضاعة صناعية نظيفه ومنظمه أقل صحة من الطفل الذي كانت رضاعته الصناعية مصحوبة بالمناغاة والتدليل من جانب الأم ، الأمر الذي يشير الى أهديه المشاركة العاطفية من جانب الأم في عملية الرضاعة واستمتاعها بها ، فالأمر اذا ليس قضية الرضاعة الطبيعية في مقابل الرضاعة الصناعية بقدر ماهو كيفية الرضاعة وانظروف المحيطة للعملية .

اذ بالرغم من أن عملية الارضاع الطبيعي من جانب الأم قد تكون مصحوبة بأحاسيس ممتعة الا أنه لا بد من الاخذ في الاعتبار أن بعض الامهات قد يشعرون بالذنب بسبب هذا الاستمتاع وخاصة اذا ارتبط بانارة الشهوة الجنسية لديها . وفي هذه الحالة قد تكون الرضاعة الصناعية أفضل . كما يجب الاخذ في الاعتبار العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي قد تعوق قدرة الأم على ارضاع طفلها مثل الحاجة الى العمل وما يترتب على ذلك من غياب الأم عن طفلها فترات قد تطول . فعملية الرضاعة ليست مجرد اعطاء غذاء عضوي للطفل ولكنها تشمل اعطاء الطفل هذا الشعور بالامان الاساسي والاستمتاع من جانب الأم بالقدرة على العطاء واسعاد شخص آخر بتلبية احتياجاته . وهي عملية لا تنفصل عن موقف الأم النفسي من صراع الائتمان في مقابل الشك بداخلها وكلما كانت آمنة ومطمئنة كلما كان ارضاعها فعالا ومغذيا . ولعل هناك حكمة من أفواه المجانين حينما يعبر الذهانى في ضلالاته عن وجود السم في طعامه فهو هنا يعبر عن حقيقة نفسية أساسها أن احساسه الطفلى فى الرضاعة ان أمه كانت تغذيه وقلبا لا يخلو من الحقد السام ، وكل ما هنالك أنه خلط بين الحقيقة النفسية المترسبة في داخله وبين الحاضر .

وقد نجد اضطرابا في موقف الام من الرضاعة كمظهر لمخلفات مشاكل المرحلة الثانية (الاستقلال) فالاهتمام بالدقة والمواعيد والنظافة من عدمه من المشاكل في هذه المرحلة . فقد يكون موقف الأم منبعها من النظام

أهم وأسبق من تلقائية الطفل ومن ثم فهي لا ترضعه إلا بما يعاد الدقيق ،
وتعصّل أن تتركه يصرخ ويبكي على أن تخل بالنظام . ومقابل ذلك -جسد
الأم التي لا يكاد طفلها يفتح فمه حتى تضع فيه مالد وطباب • وفي كئنا
الجائتين سوف نجد اضطراباً في شهية الطفل بل في أنس شخصيته إذ أنه
حسب التكوين الأساسي للطفل نجد أنه في الحالة الأولى قد يصبح عنيداً
أو يتعلم أن الصراخ لا بد منه لكي ينال مطالبه أو قد يكون مسفهاً فيتعلم
أن لا جدوى من مقاومة النظام فيرضخ • وفي الحالة الثانية يتعلم أن مطالبه
لا بد أن تجب فوراً وبدون أن يطلب أصلاً فإذا كان عنيداً أصر على
تحقيق هذا الوضع باستمرار أو إذا كان مستسلماً انسحب عند أول
إحباط •

ولهذا فلا بد من إيجاد وسط الأمور بالنسبة لتنظيم الرضاعة بحيث
يتعلم الطفل النظام ولكن دون أن يكون ذلك على حساب تلقائيته • فمع
وجود مواعيد للرضاعة يجب أن يكون هناك مجال لتعديل هذه المواعيد
أو الاستثناء منها عند أول إحباط •

الصور الاكلينيكية : ان الاسباب المذكورة أعلاه وغيرها مما لم
يذكره تؤدي الى مظاهر مختلفة للاضطراب في عملية التغذية ومنها الضور
الآتية :

١ - فقدان الشهية : حيث لا يتناول الطفل كميته المعتادة من
الطعام أو يرفض الطعام نهائياً أو يبكي كثيراً عند تناوله • وهنا لا بد من
التأكد من خلو الطفل من الامراض العضوية التي يكون فيها فقدان
الشهية أحد الاعراض الرئيسية • وبغض النظر عن وجود مرض عنوي
فلا بد للفاحص أن ينظر الى العلاقة بين الطفل والام في ضوء ما ذكره عن
الاسباب فالعلاج يتوقف على التشخيص الحقيقي للاسباب بتسلسل
الأهمية وعلاجها • وفي هذه الحالة بالطبع فإن العلاج النفسي سوف
يتناون الزم في المقام الاول وان كان يمكن أن يستدعى دسول الأسرة
ككل •

٢ - **القىء والارجاع :** وهنا قد يتناول الطفل طعامه ولكنه يرجعه أو يقيئه ومن أسباب ذلك رغبة الأم في تغذية الطفل بأكثر مما يحتاج ملوثة على الاحمال في اعطائه فرصة للتجشؤ وقد تكون هناك أسباب عضويه مثل ضيق أو انقباض في مرور الجهاز الهضمي ابتداء من الفم ثم نزولا الى باقى أجزاء الجهاز • ولابد من فحص العلاقات الاسرية في جميع الاحوال •

٣ - **ممس الاصابع وقرض الاظافر :** يلجأ الطفل الى ممس أصابعه كبديل للثدى وهو يمثل جانب الاشباع الجنسى في عملية التغذية ويقابل الاستمعاء في الكبار •

وهذه المادة تعتبر طبيعية في الطفولة المبكرة مادامت في حدود معقولة ولكن اذا استمرت الى المراحل التالية أو اذا كان هناك افراط في ممارستها فان ذلك يشير الى اضطراب في علاقة الطفل بعملية التغذية والتي تكون أمه أساسا فيها • وقد تعبر عن حالة احباط تجاه المصدر الخارجى فلاشباع وهو الأم مع عودة الى الاشباع الذاتى بدلا من محاولة الاتصال بالآخر ، أى تكوّن من علاقات الموضوع نحو النرجسية • ولعل قرض الاظافر يهوى عنمرا اضافيا غير اللذة الذاتية (الليبيدو) وهو عنصر الألم الذاتى (المدون) حيث الطفل يمارس عملية القرض على نفسه بدلا من قرض الآخر أى ثدى أمه ، وهو بذلك يحقق رغبتين في



ممس الاصابع واللذة الشبابة

قرض الاظافر الألم الشبابة -

وقت واحد فهو يجبر عن العقوبة التي يؤديها لنفسه نتيجة لوجود مثل هذه الرغبات العدوانية وفي نفس الوقت يجبر عن الرغبة العدوانية .
فالمظهرة الواحدة تحوى الجريمة والعقاب كما انها تحوى اللذة والالم .

العلاج : يجب النظر الى العلاقة بين الام وطفلها كمصدر للاحباط الذي يؤدي الى هذا القرض وذلك بدلا من تركيز الاهتمام على عملية مص الاصابع في حد ذاتها والسعى مباشرة الى منع الطفل من هذه العملية أو معاقبته أو وضع العقاقير المرة المذاق على أصابعه . وقد يؤدي هذا الاهتمام المباشر بالقرض الى نتيجة عكسية اذ أن الطفل سوف يجد في التمسك بالقرض مصدرا لاشباع احتياجه للاهتمام به فرغم ان الاهتمام هنا بالسلب اى بغرض لفت النظر أو العقاب أو المنع فهو بالنسبة للطفل المحبط نوع من الاهتمام ، وهو أفضل على أية حال من الهمال أو اللامبالاة .

٤ - **رفض الطعام :** يتمسك الطفل بالثدي بصفته المصدر المريح للغذاء بدون جهد ومع ادخال الاطعمة الاخرى فانها قد تبدو له في البداية بمثابة الجسم الغريب فيرفضها الطفل الا أنه في نفس الوقت وخاصة مع بداية ظهور الاسنان ، يرغب في أخذ الأشياء الأخرى بالفم .
ولهذا فان عملية الطعام تحتاج الى توازن دقيق بين رغبة الطفل (والأم) في الابقاء على الثدي والرغبة المضادة في التخلي عنه تدريجيا .
فاذا كان هناك استعجال أو تأخير لهذه العملية فان الاضطرابات المصاحبة للطعام قد تتفاقم وتؤدي الى اضطرابات في الشهية أو الى قىء أو سوء هضم علاوة على توليد العلاقات السادوماسوخية بين الأم والطفل .
فالطفل يتمسك بثدي الأم بأسنانه محافظا عليه فنتالم الام وتسحبه مما يشعره بالاحباط والخوف عليه فيزداد تمسكه به مرة أخرى مما يزيد الالم في ثدي الام وهكذا تنشأ حلقة مفرغة .

العلاج : يتوقف على معرفة الاسباب وازالتها وهى أساسا في علاقة الأم بطفلها .

ويجب الأخذ في الاعتبار ضرورة التدرج في فطم الطفل عن الثدي وتوفير البدائل بالإضافة الى حرمانه من الثدي .

• **شهوة الطين** pica وهي ظاهرة لجوء الطفل الى أكل المواد غير الغذائية مثل الجير والطلاء والاختشاب والورق والفضاليت . وأحد مخاطر انتشار هذه العادة تكمن في أن الطلاء الذي يستخدم في دهان الاسرة واللعب كثيرا ما يحوى على مادة الرصاص وهي مادة سامة .

وأحيانا يكون الدافع وراء مثل هذه العادة عضويا مثل النقص في الكالسيوم أو الملح الامر الذي يجعل الطفل يلجأ الى المواد التي تحتوى على العنصر الذي يفتقده في غذائه (مثل الكالسيوم في الجير) الا أنه كثيرا ما نجد هذه العادة في الاطفال الذين يتناولون غذاءا كافيا . ولعلنا نجد هنا سببا نفسية منها الرغض لثدي الأم الناتج عن احساسه بأن أمه ترفضه في المقام الاول ، أو قد نجد نزعات عدوانية تجاه الأم تجعله يريد أن يقرض الأشياء الصلبة التي يستطيع أن يتحكم فيها ويمتلكها على خلاف ثدي أمه الذي يسحب منه اذا عضه .

العلاج : يتوقف على معرفة الاسباب وازالتها كأن يعوض عن النقص الذي يعانيه في غذائه عضويا وان يعوض نفسيا عن النقص الذي يعانيه من جانب أمه .

اضطرابات النوم :

ينتقل الطفل بالولادة من حالة نوم مستمرة الى حالة يقظة مجدودة تسمح له بتناول غذائه ثم يعود للنوم . فحياته في الشهور الاولى لاتعدو أن تكون تباعدا بين الأكل والنوم . ومع نموه فان حالات الوعي تزداد كميّا وكيفيا وتقترب من مثيلتها في الكبار . ويعود هذا التغيير جزئيا الى التنظيم فالأم تنظم مواعيد أكله ومداعبته بحيث تكثر في فترات النهار وتقل في الليل فينشأ عنده الانتظام في الدورة النهارية الليلية حيث يستيقظ نهارا . وينام ليلا .

والاضطراب في الشهور الاولى قد يأخذ صورة ارتباك في هذه
للدورة فينام نهاراً ويستيقظ ليلاً • وقد يعود ذلك الى سوء التعود من جانب
الأم فقد توقظ الطفل في الليل مجرد أنها متيقظة وتريد اطعامه أو مداعبته •
وقد تتركه بدون عناية بالنهار لينام بغض النظر عن احتياجه للنوم ولكن
لمجرد أنها منشغلة عنه • وفي هذه الحالة فان الطفل لا يعرف متى سيجد أمه
ومتى ستهجره وهل اذا نام واستيقظ سوف يجدها أم لا ، الامر الذي
يجعله يخاف النوم • وفي المقابل الآخر قد نجد الطفل الذي يجد أمه
بجانبه تداعبه كلما استيقظ وتبقى عليه متيقظا لكي تداعبه حتى ولو كان
يحتاج للنوم • وفي هذه الحالة يتعود على الاشباع الفوري والمستمر ولا
يستطيع مداعبة نفسه عندما يستيقظ فيبكي كثيرا الى أن تأتي أمه •

مواعيد النوم : وهنا أيضا يتدخل عنصر حضارى حول النظام
من عدمه فالأم التي تخضع الطفل قد تتركه يبكي ويصرخ دون الاستجابة
اليه لأن موعد نومه قد حان ويجب عليه أن ينام • بينما النقيض الآخر
في الأم التي تترك الطفل يسهر ويستيقظ كيفما شاء بدون نظام • وخير
الامور الوسط في أن يتعلم الطفل النظام دون أن يتحول الى هدف في حد
ذاته ويؤدي الى قتل تلقائيه •

مكان النوم : وهنا تظهر مشكلة أخرى من المشاكل المنتشرة
والمعلقة بنوم الاطفال وهي مكان نومهم فالطفل في شهوره الاولى يحتاج
أمه في فترات متقطعة مما يستلزم وجوده في حجرتها أو قريبا منها بحيث
تستطيع الذهاب اليه عند اللزوم • ولكي تأتي بعد فترة نقطة تعارض بين
احتياجات الأمومة واحتياجات الزوجية فالأم لم يعد في مقدورها أن توفق
بين كلا الاحتياجات مثلما قالها الشاعر الجاهلي :

«إذا مابكى من خلفها انصرفت له بشق وتحتى شقها لم يحول» •

فالطفل مع نموه قد يزداد تمسكا بأمه ورغبة في حرمانها من زوجها وقد
يعي علاقة الفراش بينهما على أنها عدوان أو استيلاء من جانب الاب على

الأم الامر الذى يصيبه بالذعر والخوف ويترك في نفسه انطبعا سلبيا عن العلاقة الجنسية . ولهذا يصبح من الضروري على الأم أن تفصل بينها وبين ابنها في النوم فينقل الى حجرة مستقلة . وقد تتعلل الأم بان الطفل هو الذى يخاف من النوم وحده ويعيدا عنها بينما تكون الحقيقة كامنة في خوفها هي من تركه أو خوفها من أن تكون مع زوجها وحدها لما تموى علاقتها الجنسية مع زوجها من نزعات عدوانية أو شعور بالذنب ، فتتعلل بالطفل اكي تبعد عن زوجها .

وقدرتها على الاستقلال سوف تنمى في الطفل نفس القدرة ، الامر الذى يجعله يستطيع أن ينام مستقلا عنها ولا يخاف من فقدانها فهي قد طمأنته انها تركته يستقل ولكنها لم تهجره لتؤكد له ذلك بأن تحضر اليه في الليل عندما يبكي وفي نفس الوقت لن تمكث معه طويلا بل لاهد وأن تعود لزوجها أو لنفسها وراحتهما .

لا يفرق الطفل بين وجود الاشياء ووعيه بوجودها فبالنسبة له الموجود هو ما يعيه والذى لا يعيه لا يوجد فهو اذا اغمض عينيه اعتقد أنه اخفى العالم وكثيرا ما نجد الطفل اذا اراد أن يفتفى من شخص اغمض عينيه مثل النعامة أو دفن رأسه معتقدا ان الآخر أيضا لن يراه لأنه هو لا يرى الآخر .

ومن هنا فان الظلام بالنسبة للطفل قد يعنى اختفاء العالم الخارجى والذى تمثل الأم عنصرا أساسيا فيه

فهو حين يستيقظ في الليل ولا يرى أمه فانه يعتقد انها اختفت ويعوضه عن ذلك احساسه بصوتها أو بلمسها أو وجود نور خافت في المفسرة .

الصورة الاكلينيكية : لعل في حديثنا عن الاسباب إشارة الى صور مختلفة في اضطرابات النوم وتستطيع أن نستفيدا هنا وهي :

١ - **عدم الانتظام في المواعيد** او قلب الدورة النهارية الليلية .
والمعالج قديستلزم فقط ارشاد الأم الا في حالة وجود مشكلة نفسية أعمق

لديها حيث يلزم توجيهها للعلاج •

٢ - النوم المتقطع : يستيقظ الطفل كثيرا وفي غير مواعيده
وهنا لابد من التأكد من عدم وجود اسباب عضوية كالمرض بصفة عامة
أو انذالام الجسمية الناتجة عن اهمال في النظافة أو الحشرات أو الجوع
أو عسر الهضم • ولابد من البحث عن نفس الوقت عن الاسباب النفسية
في علاقة الأم والطفل ، ومن مظاهرها ابقاء الطفل في نفس الفراش
أو الغرفة (وذلك بالطبع في غيبة الضرورة الاقتصادية) •

٣ - الخوف من الظلام : وهنا أيضا نعود الى الموامل
النفسية في علاقة الطفل بأمه واحساسه بعدم الطمأنينة •

٤ - الرعب الليلي والاحلام المزعجة : وهي تظهر في مرحلة متقدمة
نسبيا وهنا يستيقظ الطفل اثناء الليل في حالة رعب دون ارتباط ذلك بعلم
او تخيل واضح (الرعب الليلي) او في حالة وجود هذا الارتباط (العلم
المزعج) ويشار الى كلتا الظاهرتين عادة باسم « الكابوس » •

اضطرابات الكلام :

يبدأ تعليم الطفل الكلام في سن مبكرة فأمه تداعبه وتتحدث اليه
منذ ولادته ورغم أنه لا يستجيب للالفاظ أو يفهم معناها الا أنه يربط في
ذهنه بين عملية التكلم هذه وبين علاقته العاطفية بأمه • وكلما كانت تلك
العلاقة آمنة وكان لها ارتباط بعملية التكلم كلما تيسر الكلام ومن الناحية
العضوية فان عملية التكلم تحتاج الى اكتمال في الجهاز العصبى الذى يقوم
بهذه العملية ويشتمل ذلك الحواس التى تستخدم في تلقى الكلمات
اى السمع بدءا من الاذن والاعصاب الموصلة من الاذن الى المخ والمراكز
السمعية في المخ ثم الموصلة الى مراكز حفظ الكلمات (الذاكرة) ومنها الى
مناطق النطق ثم في المخ والاعصاب الموصلة منها الى عضلات الحنجرة
والفم واللسان علاوة على الصدر والرئتين وغير ذلك من أعضاء •

الصورة الاكلينيكية :

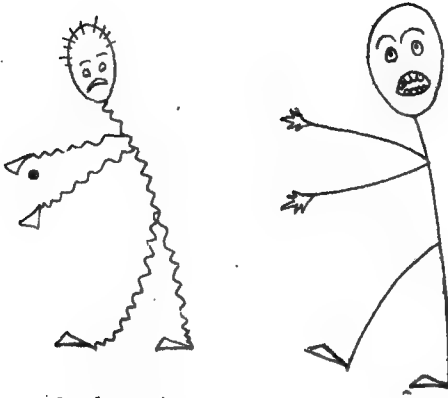
١ - **التأخر** : ويبدأ النطق بالكلمات عادة في نهاية العام الاول وقد يتأخر لاسباب مختلفة ابتداء من الاسباب العضوية في صورة تأخر في نمو أي من الاجزاء التي يتكون منها الجهاز المتصل بعملية التكلم أو التأخر عامة في النمو أو في المخ خاصة (التخلف أو النقص العقلي) . وقد تكون المعاقة في مرض يصيب هذا الجزء أو الكل كما أن التأخر يمكن أن ينتج عن افتقار في الذاكرة والتعليم من جانب البيئة فاذا كانت الاسرة والأم بالذات قليلة الكلام والمداعبة للطفل وتميل الى العزلة والانطواء أو اذا كان الطفل معزولاً عن الاطفال الآخرين أو منطوياً لاسباب تكوينية أو نفسية فإن ذلك يؤخر عملية تعليم الكلام .

٢ - **الافازيا** : aphasia هذه حالة يكون فيها عدم القدرة على استعمال اللغة نابعا من اصابة في خلايا المخ ولا تشمل الحالات التي تكون فيها الاصابة في الاعضاء الصوتية كما أنها لا تشمل الحالات الوظيفية وقد تكون افازيا حسية (عدم القدرة على فهم الكلمات) أو حركية (عدم القدرة على نطق الكلمات المقصودة) . وهناك أنواع أخرى مثل الافازيا النحوية (عدم القدرة على تركيب جمل صحيحة) والاسمية (عدم القدرة على نطق الاسماء) .

٣ - **اضطرابات في النطق** : وقد يأخذ صورة صمغويات في نطق بعض الغرغوف كان تنطق اللام راء (اللغنة) أو يكون النطق غير مفهوم ويعرف بمرض التكلم *lall don*

٤ - **العقلة والجلجلة** *stammering, stuttering*

وهي صعوبة تأخذ صورة التردد أو الجهد في النطق أو التكرار المقاطع والكلمات وهي واسعة الانتشار من السنة الثانية حتي الرابعة حيث أن



فرد عصبى يصوره
موقف ضيق

شكل ٧ - ٢ الاستجابة الموقفية

وكما ذكرنا فإن انحرافات النمو يمكن أن تكون في المجال الكلي للنمو كأن يكون مبكراً أو متأخراً أو قد تكون في مجال الوظائف الخاصة كالآتي :-

١ - النمو الحركي : مثلما في مجال كمية الحركة عامة في اتجاه البطء أو السرعة أو التوافق بين العضلات أو التخليط لليد اليسرى على سبيل المثال • وهناك ظاهرة الطفل المفرط في الحركة hyperkinetic والذي يجب أن نميزه عن حالات القلق •

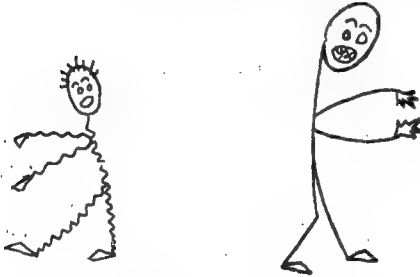
٢ - النمو الحسى : هنا نجد صعوبات في استقبال الحواس الجسمية أو الاجتماعية مما يؤدي إلى المبالغة في الاستجابة لملوثات أو غد تكون الاستجابة قاصرة أو غير منتظمة • وقد ينتج عن ذلك صعوبات في النوم أو تبلد في المشاعر أو سلوك نكوصي •

٣ - نمو وظيفة التكلم : نجد صعوبات التكلم مختلطة بالاضطرابات المختلفة مثل الذهان أو النقص العقلي أو الامراض المخية ولكن هناك صعوبات خاصة بنمو وظيفة التكلم بالذات دون وجود اضطراب نفسى أو جسمى آخر .

٤ - نمو وظيفة المعرفة : قد نجد صعوبات فى التفكير التجريدى أو فى الحساب أو فى القراءة والكتابة وقد نجد لاول وهلة مثل النقص العقلى .

٥ - النمو الاجتماعى : تبدو مثل اضطراب الشخصية وقد تشمل أعراضا مثل الخجل المفرط أو صعوبات فى الاستقلال والافتراق عن الأم أو الاعتمادية المفرطة أو الانطواء .

٦ - النمو الجنسى : مثل التأخير أو التبكير فى البلوغ أو صعوبات فى التمييز الجنسى مثل الولد المخنث أو البنت المذكر .

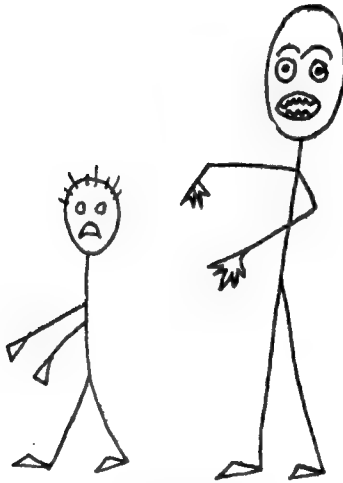


صوف ورجل دار تبارك
رغم زوال الموقف الحيف

شكل ٧ - ٤
الاستجابة العصبية

٧ - النمو العاطفي : وهناك اختلافات في اظهار الانفعالات
أو ثباتها كأن يكون الطفل متقلبا وسريع التغيير أو غير قادر على
التحكم في انفعالاته •

٨ - النمو في وظيفة التحكم : وهى القدرة على التحكم في الغرائز
وقد نجد الطفل الذى لا يتحمل الاحباط أو الذى يلجأ الى الحيل الدفاعية
البدائية مثل الإنكار والاسقاط •



شكل ٧ - ٤
انحراف النمو
ضوء ظاهري أو جزئي أو مؤقت

الفصل الخامس

الاضطرابات العصابية

إذا كانت الاستجابات الصحية والاستجابات الموقفية تمثل حالات اضطراب مؤقتة سرعان ماترول بزوال العوامل المرسبة لهما الاضطرابات العصابية تمثل حالة اضطراب أكثر دواما . ومن جانب آخر فإن تلك الاضطرابات (الصحية والموقفية) تمثل صراعا بين الغرائز التي تتمثل في الطفل في تعارض مع البيئة التي تتمثل في سلطة الابوين (وهي عادة نبداً بسلطة الأم ثم تتركز فيما بعد في الأب في أغلب المجتمعات) . وهو صراع سرعان ما يزول بفصل طرفيه أي بإبعاد الطفل عن تلك السلطة . بينما تختلف الحالة في العصاب حيث أن هذا الصراع قد أصبح له وجود داخلي يمثل تلك الاطراف المتصارعة في التركيب النفسي للطفل أي الغرائز أو النور ضد الانا الأعلى (أنظر شكل التمثيل الداخلي) . ولعل هذا يفسر أيضاً عنصر الدوام في العصاب على خلاف عنصر الزوال في الاستجابات الصحية والموقفية .

ونستطيع أن نصيغ تلك الحقيقة بقولنا أن العصاب يصبح ممكناً حينما يتكون لدى الطفل الجهاز النفسي الذي يسمح بوجود تمثيل لسلطة الابوين في صورة الانا الأعلى والذي يجعل لوجودهما في حياة الطفل دواما يتعدى وجودهما الملموس . ويكتسب تصوره للسلطة أبعاداً أكثر من مجرد التصور الجسدي لوالديه : انه أيضاً يشمل تصورا ، ولو بدائياً ، لشخصيتهم وما معها من قيم وتعليمات وصفات . وهو بفضل هذه الذاكرة

يستطيع أن يبتعد عنهما لفترات أطول ، فهو مطمئن أنه لن يخالف تعليماتها في غيابها وأنه بالتالي لن يتعرض للمخاطر أو العقوبات بل انه أيضا سوف ينال المكافآت وذلك بواسطة ممثلها في جهازه النفسى
إى الانا الاعلى .

ويحدث هذا التكوين للانا الاعلى من خلال عوامل نضوجية مرتبطة بنضوج الاجهزة التشريحية والفسيولوجية العصبية التى تسمح بقدر من الذاكرة والتعلم كما تسمح بالحركة والتنقل اللتين تمكنانه من الاعتماد الجسدى عن والديه . وهو الامر الذى يحدث في حوالى السنة الثالثة من عمر الطفل حيث يكون قد أتم تعلم التحكم في عضلاته وخاصة في مجالات المشى والكلام والعضلات القابضة التى تتحكم في الاخراجات (البول والبراز) . فهو الآن يستطيع أن يبتعد عن والديه لأنه مطمئن أنه لن يتلعثم في الكلام أو يتعثّر في السير أو يلوث نفسه باخراجاته . ويستمر في هذه الانجازات طيلة المرحلة الثالثة التى وصفناها .

وللانا وظائف أخرى في العصاب علاوة على مساهمته في تكوين الانا الاعلى فهو يمثل جماع الاطروحة بين صراع الغرائز والانا الاعلى فيوفق بينهما ويسمح لهما بالتعبير (المباشر وغير المباشر) والتشاعر مع البيئة بواسطة الحيل الدفاعية المختلفة . فاذا ما نجح الطفل في ذلك اصبح مثل جحا في قصته الشهيرة حينما قال لطرفى نزاع ما أن كلامها على حق ولما احتج آخر عنى هذا التناقض أضاف أنه أيضا على حق في اعتراضه .

الا أن الانا لا يرتفع دائما بالضرورة الى مثل هذه الدرجة من التوفيق وكثير ما يكون دوره كدور المخلص في المثل القائل « ما ينوب المخلص ألا تقطيع هدومه » وهى حالة العصاب بعينها (فاذا ما تقطع هو شخصيا فهى حالة الذهان) . فالمصاب اذن هو محاولة الانا للتوفيق بين طرفى صراع داخلى ولكنه توفيق غير مكتمل اذاً أن الانا هو الآخر يصاب بانشقاق داخلى بحيث يصبح جانبا منه غير راضى عن الحل التوفيقى ،

وهذا هو الجانب الذي يشكو من النتيجة المثلة في صورة الاعراض
لنصابيه والتي يطلب الانا العلاج منها . ويضفى هذا على العصاب تلك
الصفة التي تجعل الاعراض غريبة عن الذات وهو الامر الذي يختلف عنه
في حالات الذهان واضطراب الشخصية حيث تكون الاعراض متعارضة
مع الذات .

فالعصابى اذا شخص منشق على نفسه ويصل هذا الانشقاق الى
الوعى بحيث يستطيع جانب من الذات أن يشكو ويسمى لتغيير الجانب
الآخر والذي يشمل الحل التوفيقي (الاعراض) وهو انشقاق يمتد خلال
خالة الوعى العادى وليس انشقاق بين الوعى واللاوعى كما في حالات
الذهان واضطراب الشخصية والاضطرابات النفسية الجسمية .

واذا كانت هذه القدرة (تكوين انا أعلى يتصارع مع غرائز وتكوين
انا يستطيع الانشقاق على نفسه والاغتراب عنها بوعى) تبدأ في المرحلة
الثالثة من النطفولة فانها مثل أية بداية غير واضحة المعالم ، ومن ثم فإن
العصاب وان كان يبدأ في الظهور في هذه السن المبكرة الا أنه قلما يأخذ
الشكل الواضح للعصاب كما نعرفه في الراشدين الا في المرحلة الرابعة
(المتأخرة ، الكمون) بعد أن يكون تكوين الانا الاعلى قد اكتمل وتحول
الصراع الاوديبى والثورة الغريزية في اتجاه الكبت والعمل المثابر وسيطرة
الانا الاعلى . بل أن ظهور الاعراض العصابية في تلك المرحلة أمر شائع
وعادة ينتهى وحده مع انتهاء تلك المرحلة .

أى أن الاسباب النشوءية للعصاب تنتشأ في المرحلة الثالثة حيث
الصراع بين الانا الاعلى والغرائز على أشده في مقابل محاولة الطفل
استكمال استقلاله عن أمه بأخذ المبادرة في الاعتماد عنها واستكشاف بيئته
دون معاونتها . ويشمل هذا اكتشاف وجود آخرين في حياة أمه وأهمهم
أبيه الذى يصنع له الحدود ويمنع غرائزه من السيطرة وهذا هو جوهر
الصراع الاوديبى المرتبط بالمبادرة والعلاقة الثلاثية . ولكن يجب ألا ننسى

أن النجاح في المرحلة السابقة هو الذي يسمح للطفل بمواجهة الصراع الجديد بكل طاقاته وأنه في حالة وجود تثبيت عند مراحل سابقة فإن الطاقة المتبقية لدى الطفل في مواجهة الصراع الجديد تكون محدودة ومن ثم يزداد احتمال التثبيت في المرحلة الجديدة . وبهذا يمكننا أن نفهم كيف أن العصاب كثيرا ما يكون محاولة دفاعية ضد النكوص الى الذهان .

ولعل العوامل التي تؤدي الى التثبيت عند تلك المرحلة تشمل ما يمنع هذا التطور الطبيعي للطفل . فإذا كان تعلق الأم بطفلها شديدا يمنعه من الاعتماد عنها والتعرض للصراع مع البيئة بما فيها من موانع فإن الاشباع الغريزي الذي يجده في ارتباطه بأمه يجذبه للنكوص اليه كلما واجه أية منافسة أو تحدى مع آخر فيما بعد . أما إذا كان تعلق الأم بطفلها على العكس أقل من احتياجه فإن انعدام الثقة فيها وبحسه عنها يجعلانه يخاف من مواجهة الصراعات والاستقلال ويصبح مشتاقا الى مساندة أمه التي حرم منها . أي أن كلا النقيضين : الإفراط في التعلق أو الإفراط في الانفصال من جانب الأم قد يؤدي الى تثبيت عند تلك المرحلة . ومن جانب الأب نجد الإفراط في تقييد التحكم أو التسامح قد يدفع الطفل نحو أمه خوفا من أبيه أو قد يبالغ في حبه لأبيه والتوحد معه لتجنب عقابه الذي يأخذ صورة حرمان الطفل من مميزاته الجنسية ونلتى تسبب ذلك الصراع من أجل الابقاء على الاب أو الام وهو عادة يترجم الى الخوف من الخصاء .

أما من حيث الاسس الدينامية فقد سبق أن أشرنا الى أغلبها ونستطيع أن نلخص القول بأن العوامل المرسبة في حالات العصاب تشير مخاوف قديمة فاذا عجز الانا عن مجابهة الواقع فإنه يعود (نكوص) الى المرحلة السابقة التي توقف عندها (تثبيت) وهي في حالة العصاب المرحلة الثالثة (المبادرة ، الاوديبيية) . وفي الاغلب فإن تلك العوامل المرسبة تكون ذات طابع متشابه مع صراعات تلك المرحلة كأن يكون

الشخص مرتبطا بعلاقة ثلاثية وما بها من تنافس أو من طابع التهديد بفقدان ميزة (الخصاء) •

الصورة الاكلينيكية للعصاب عادة تتبلور في نهاية المرحلة الثالثة وبداية الرابعة وتكون الاعراض غيبية عن الذات أى مصحوبة بانشقاق في الوعي كما أنها وان كانت تعوق الانا عن التكيف واختبار الواقع الا أن الانا يبقى على اتصال ما بالواقع وعلى درجة من التماسك والقدرة على تحمل الالم الناتج عن الصراع ، والذي يأخذ صورة القلق ازاء التهديد بالاذى أو الاكتئاب عند حدوث الاذى فعلا • هذا التحمل يتيسر بواسطة استخدام الحيل الدفاعية والتي تنتج عنها الاعراض المختلفة في العصاب •

القلق :

يمثل عرض القلق عنصرا مشتركا في أغلب الاضطرابات النفسية فالقلق هو المؤثر الاول لوجود صراع يهدد الذات وهو الذى ينبه الانا وينذره فيجمع ما لديه من حيل دفاعية لتخفيف حدة القلق وهو في أعراضه عبارة عن وعى الذات بالخوف ازاء التهديد بالخطر ، أى توقع حدوث ما هو غير مرغوب فيه بالمقارنة مع انفعال الاكتئاب حيث يصبح التهديد واقع •

الا أن هناك درجات ومستويات من القلق تكاد تكون اختلافات نوعية فالقلق العصابى يختلف عن القلق الذهانى بصوره المختلفة (وهى أساسا القلق الاكتئابى depressive anxiety أو القلق الاضطهادى persecutory anxiety حسب وصف ميلانى كلاين) • القلق العصابى يمثل درجة أخف من الخوف لا تمس كيان الفرد في أعماقه اذ أن أعماق مستويات القلق هو ذلك الذى يهدد الوعي بالوجود ذاته وهو قلق المرحلة الاولى (ولطه أكثر بدائية من القلق الاضطهادى المشاعر اليه ويمكن تسميته بالقلق الفصامى) والمستوى الذى يتلوه هو القلق حول

فقدان الوجود المستقل (المرحلة الثانية) أى القلق الاكتئابى بينما يدور القلق العصابى حول التميز ازاء طرف ثالث . أو ذا استخدمنا لغة تصور الجسد فإن القلق البدائى يدور حول وجود الجسد ثم يرتقى الى وجود الجسد ككيان مستقل ثم الى وجود الجسد ككيان متكامل لا تنقصه ميزة (أو بعبارة تحليلية بدون خصاء) وبالتالى قابل للتفصيل عند المقارنة مع آخر . ولعل هذا الوعى بالتكامل والافضلية يرتبط أول ما يرتبط بالوعى بالفروق الجسدية الواضحة بين ندين : (الاب والام أو الاخ والاخت) الا وهى الفروق الجنسية . فالقلق فى هذه المرحلة يرتبط اذا بتلك الفروق وهى الاعضاء التناسلية . ولذا فهو قلق خصائى بالمفهوم التحليلى ويتميز بأنه يدور حول الخوف من فقدان موقع الافضلية لدى الموضوع وليس فقدان العلاقة بالموضوع تماما . بينما فى القلق الذهانى يدور الخوف حول فقدان الموضوع (القلق الاكتئابى) بل وفى الحالات البدائية حول اوعى بالوجود ذاته أى الاتنا والقلق والفصام ولذلك فمن صفات القلق العصابى أنه يدور عادة حول موضوع جنسى .

ومن الناحية الجسدية نستطيع أن نرى استجابة الخوف التى تسبق مجابهة الخطر اما بالقتال أو بالهرب (fight — flight) فالجسد يستعد اذا ويجند قدراته لهذه المجابهة وينشط الاعضاء المختلفة بواسطة اثاره الجهاز العصبى الليمبىتاوى فتتشتت الدورة الدموية وتزداد سرعة القلب وقوة ضرباته ويرتفع ضغط الدم ويتحول الدم الى العضلات دوناً عن الاجهزة الهضمية وتزداد العضلات توتراً وترتعش وينصب العرق من الجلد ويقف الشعر كله ضمن الاستعداد لمجابهة الخطر .

الصورة الاكلينيكية : كلما صغر سن الطفل كلما قلت قدراته على وصف المشاعر بالكلمات ومن ثم كان تعبيره عن القلق يميل للتعبير السلوكى والحركى أكثر منه للتعبير بالكلام أو الشكوى من الاحساس بالقلق ، فنجد الصورة المميزة للقلق لدى الطفل هى كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التقلب وعدم المفاربة ، الامر الذى

قد يؤثر على قدراته الدراسية ويؤدي الى هبوط في مستواه أو قد يؤثر على سلوكه مع زملائه ومدرسيه بصورة تثير شكواهم منه . وفي هذه الحالات قد تختلط الصورة مع ظاهرة مشابها وهي ظاهرة الفرط انحركي hyperkinesis وهي عادة مرتبطة بوجود عيب خلقي أو عضوي في الجهاز العصبي .

علاوة على ذلك فاننا نجد بعض الاضطرابات الفسيولوجية مثل الاضطراب في النوم ، فقد يجد الطفل صعوبة في بدء نومة وقد ينام ويصحو خائفا بعد بداية النوم أو في وسط الليل بسبب حلم مزعج أو بدونه . كذلك قد نجد اضطرابات في الشهية للاكل كأن يرفض الطفل الطعام أو يتمهل أكله وقد تكون هناك اضطرابات في الهضم تؤدي الى تقلصات معوية واسهال واضطرابات في التحكم في الخارج وكذلك مظاهر لاثارة الجهاز العصبي السيمنثاوي مثل سرعة النبض وكثرة العرق والرعشة والاضطرابات الهضمية . وقد يأخذ عصاب القلق صورة الحالة المزمنة والمستمرة أو قد يأخذ صورة نوبات قلق أكثر حدة ومحدودة زمنيا وقد تصل في حدتها الى درجة الرعب .

الاسس الدينامية : تتمثل في وجود عوامل مرسبة في البيئة تفوق قدرة الانا على استيعابها أو التحكم فيما اثارته من دوافع غريزية كانت اكدة علاوة على دوافع مضادة من الانا الاعلى . فقد يكون الانا اعجز من أن يتحكم في الدوافع أو قد يكون العامل المرسب أقوى من قدرته . كما أن العيب في الانا قد يكون في نقص طاقته على تحمل الاحباط frustration tolerance وفي جانب الغرائز قد نجد زيادة كمية في الغرائز (الجنسية أو العدوانية) المكتوبة التي تثار بسهولة فتداهم الانا بحجمها وعنفها الامر الذي يعيه الانا في صورة خوف من عدم التحكم في الغرائز وما ينتج عن ذلك من عقاب من جانب الانا الاعلى

الذى يكون بالتالى متضخما ازاء النزعات الغريزية علاوة على اتسامه
بالبدائية والقسوة •

الاسس النفسوية : أشرنا الى تلك العوامل فيما سبق وهى تتلخص
فى أن القلق العصابى مرتبط أساسا بالمرحلة الثالثة حيث البادرة من
جانب الطفل وما يقابلها من خوف من فقدان الأم ومعها الصراع الاوديبى
وما يصاحبه من خوف من أن يفضل آخر على الطفل أو ما قد يفاله من
عقاب (خصاء) فى حالة انتصاره • وقد ينتج التثبيت فى هذه المرحلة
عن الافراط فى الحماية أو العقاب من جانب الاب أو الام على السواء ،
أو عن الخبرات الصدمية التى قد تحدث فى تلك المرحلة فتؤكد مضاوف
الطفل كأن يفقد أحد أبويه أو كأن يصاب بحادث أو مرض أو تجرى له
عملية جراحية •

كما يجب ألا ننفل العوامل العضوية الوراثية التكوينية إذ أن هناك
ارتباطا بين طبيعة الجهاز العصبى والاستجابة المرضية للعصابيون بصفة
عامة يميلون الى الانطواء حسب تصنيف آيزنك (Eysenck) وان كان
مريض عصاب القلق أقل ميلا الى الانطواء من غيره •

الاكتئاب :

كما يعتبر القلق حالة انفعالية أولية تكون مصاحبة أو سابقة لحالات
العصاب والذهان المختلفة فإن الاكتئاب هو الآخر يعتبر حالة انفعالية
أولية مصاحبة أيضا لحالات العصاب والذهان وان كانت طبيعته مختلفة
عن طبيعة القلق •

ولعل اختلاف الاعراض النفسية والجسدية المصاحبة لهاتين الحالتين
الانفعاليتين لهو الدليل على ذلك ، وأن كان هذا لا يمنع تواجدهما سويا
أو فى تداخل • وقد أشرنا الى الفرق على المستوى الوجودى بين القلق
والاكتئاب فى أن الحالة الاولى تعنى الخوف من فقدان الشيء بينما

المالة الثانية تعبر عن الحالة الوجدانية الناتجة عن تحقيق هذا
الفقدان وهي حالة هبوط وحزن وتحويل الاهتمام من الخارج الى الداخل.
وكما أننا فرقتنا بين القلق كحالة وجدانية أولية وبين عصاب القلق
فإننا هنا أيضا نفرق بين :

الاكتئاب كحالة أولية وبين عصاب الاكتئاب (depressive neurosis)
وأحيانا يشار اليه بالاكتئاب العصابي. (neurotic depression)
وأحيانا بالاكتئاب التفاعلي (reactive depression)
فالالاكتئاب مثل القلق يصاحب غالبية الاضطرابات العصبية (كما أن
الاكتئاب الذهاني يصاحب أيضا الاضطرابات الذهانية) • ولكننا حينما
نتكلم عن الاكتئاب كمصاب فإننا نميز مجموعة من الاضطرابات العصبية
يكون فيها الاكتئاب كحالة انفعالية هو المكون الاساسى للصورة
الاكلينيكية •

وإذا كان الظن أن الأطفال يفتقدون القدرة على تحمل المالات
الوجدانية المؤلمة مثل القلق والاكتئاب ويميلون للتفصيل وتكوين الاغراض
كتمبير عن تلك المالات الوجدانية فإن هذا لا يمنع ظهور تلك المالات
الوجدانية كمصير بارز في الصورة الاكلينيكية •

فعادة يأخذ التعبير عن حالة الاكتئاب في الأطفال الصغار صورة
فقدان الشهية أو رفض الطعام أو القيء والامساك بالتبادل مع فقدان
التحكم في الخارج أحيانا والهبوط في الحركة والنشاط والحيوية مما يؤدي
الى اضعاف مقاومة الجسد للمرض ويعرض الطفل للأمراض العضوية
علاوة على الأمراض النفسية الجسمية • وعلى المستوى النفسى نجد
فقدان الرغبة والتعامل مع الآخرين وفقدان الاهتمام بالبيئة بصفة عامة
والحزن والبكاء الكثير • وفنيلما يصل الاكتئاب الى درجة ذهانية تؤدي
الى الانتحار وان كن الموت قد يحدث نتيجة لفقدان الحيوية والتعرض
للامراض وهناك حالات قد وصفت في صغار الأطفال تحت عناوين

(anaclitic depression) أى الاكتئاب الانكالى ، وحالات اكتئاب أخرى
وصفت فى الأطفال الذين يفضلون عن أمهاتهم فى سن مبكرة نتيجة موت
أو مرض أو ظروف مشابهة لأى من الطرفين مثل دخول مستشفى لفترة
طويلة (hospitalism) •

ومع نمو الطفل نستطيع أن نشاهد مظاهر مباشرة لحالات الاكتئاب
وتزداد وضوحاً فى سن المراهقة • فليسطيع الطفل أن يعيش خبرة الحزن
ويعبر عنها بالكلام بدلاً من الفعل والتعبير الجسدى • ولعلنا نجد هنا
بواكر الاحساس بالذنب (guilt) والاحساس بفقدان قيمة أو قدر
انذات loss of self — esteem والاحساس بالسأم والملل وفقدان
معنى الحياة والتشاؤم •

الأسس الدينامية : على المستوى الجسدى فقد تؤدي أى إصابة
أو مرض يصيب الجسد إلى الاكتئاب فالإصابة الجسدية كخبرة ذاتية قد
تؤدي لأن يشعر الطفل أن جسده فقد قيمته ولمله يعنى هذا عدوان أو
كعقوبة مضادة لرغباته الذاتية فى العدوان • وتزداد حدة هذا الشعور
بالمعاقبة حينما يكون الغضب موجهاً نحو موضوع حب يعتبره الطفل فى
الوقت ذاته بمصدر هذه العقوبة •

وكذلك على المستوى البيئى فقد يعنى الطفل أى فقدان لمصدر الحب
كأن تتركه أمه بسبب مرض أو وفاة أو طلاق أو تغضب منه وتسحب
اهتمامها به وكأنه عقوبة أو عدوان مضاد الأمر الذى يزيد إحباطه وغضبه
من موضوع حبه • ونظراً لأن الطفل مازال يعتمد فى وجوده على موضوع
حبه (إذ أن العلاقة أساساً هى علاقة اعتماد فى المقام الأول) فهو يدفع
تلك الرغبات العدوانية الموجهة ضد الأبوين بأن يحولها إلى الداخل وهى
وسيلة دفاعية ممرودة باسم تحويل العدوان إلى الذات أو إلى
retroflexion, turning aggression inwards ... against the self

الداخل

ويساعد فى هذه العملية الدفاعية عقلية أخرى يدخل بواسطتها الطفل

موضوع علاقته الى داخله وان كان وجود هذا الموضوع يظل كجسم غريب وبالتالي فهو في صراع مع بقية وجوده ، وهذا ما نصفه بعملية الاستدماج (introjection) التي تساهم في تكوين الانا الاعلى بواسطة وجود موضوع العلاقة في الداخل فيمارس الطفل صراعه مع الموضوع داخل نفسه ليتجنب فقدان الموضوع الخارجى أو ايزاءه .

الاسس النفسية : ان الاستعداد التكويني الوراثي لدى الطفل لهو الارضية الاساسية التي تتفاعل معها العوامل المرسبة سواء الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية ولعل أطباء التوليد وأطباء الاطفال يفتنون الى حقيقة الاختلافات التكوينية النفسية عند الاطفال كأن يكون الذهانيون أكثر ميلا الى الانطواء والمقارنة مع العصبيين ، فهم في استجاباتهم للمؤثرات البيئية يميلون الى تغيير الذات antoplasticity من أجل التكيف بدلا من تغيير الآخر أو الخارج allopasticity • ويتفج ظهور الاكتئاب كمرحلة طبيعية في نمو الطفل في النصف الثانى من المرحلة الاولى والتي وصفها ميلانى كلاين بالموقف الاكتئابى depressive position وفى هذه المرحلة يجابه الطفل أيضا مشكلة تكوين علاقة ثقة وأمان مع أمه ويبدأ بالوعى بها كجزء منفصل عنه يمنع ويمنع • وربما تساهم الخبرات الصدمية سواء أخذت صورة الحرمان الزائد (فقدان الأم لسبب أو آخر أو امتناعها عن الطفل) أو الاشباع الزائد ، في التثبيت عند هذه المرحلة الامر الذى يجعل من عملية النكوص اليها أمرا مغريا عند أى اهباط يحدث فيما بعد •

الا أن الاكتئاب العصابى لا يصل في عمقه الى هذه المرحلة وان كان انتشيت عندها أو النكوص اليها له دوره • فالأكتئاب العصابى يقف عند حد المرحلة الثالثة حيث يكون الطفل قد أطمئن على وجوده (المرحلة الاولى) وعلى وجوده المستقل (المرحلة الثانية) وتوقف عند المرحلة الثالثة حيث تعتمد قيمته الذاتية على تفضيله على طرف ثالث وعلى

تماسكه كذات وكجسد • ويكون القلق من فقدان هذا المركز قد تحول الى اكتئاب لأن فقدان (الذى) قد حدث فعلا • ونظرا لبدائية وعى الطفل في هذه المرحلة فإن نواة الانا الاعلى التى تتكون هنا تأخذ صورة الكيان البدائى الذى يتصف بالتطرف في تفاعلاته • فهو قاس في عقابه ويستجيب للرموز اللاشعورية لا للواقع فيبالغ في تشويه الواقع • ولعل مصدر هذه القسوة هو أن الجهاز المقابل (أى الغرائز أو الهو) أيضا يتصف بالبدائية والتطرف •

أى أننا نستطيع أن نتصور أن هناك جوعا شديدا الى الحب مع ميل شديد للمعدوان يقابله التطرف المقابل وهو ميل شديد للاحباط وتحكم مبالغ فيه في المعدوان •

الرهاب : phobia

ان القلق كحالة وجدانية تعم وجود الفرد لهو حالة يصعب تحديدها وتجنبها ، والفرد يسمى بواسطة الحيل الدفاعية الى هذا التجنب والتحديد • ولعل ما يعرف بحالات الرهاب أو المخاوف أقرب ما تكون للقلق المباشر ففي هذه الحالات يتحدد الخوف بأن يتركز حول موضوع بعينه ويمكن للفرد أن يتجنبه الا أن هذا التحديد والتجنب كثيرا ما يفشل ويبدأ الطفل عملية تعميم ينتقل بعدها من الخوف من الموضوع ذاته الى الخوف من كل مايتصل بهذا الموضوع ، وهذه العملية تمثل نوعا من الجذب الى العودة الى حالة القلق الشامل التى تجنبها الطفل في الاصل • ومواضع الخوف عديدة وتسمى حالات الرهاب المختلفة حسب موضوع الخوف ونحل أشهرها الخوف من الاماكن العالية والمخاوف من الحيوانات والحشرات المختلفة ومن القذارة والمرض والموت • ويجب أن نفرق بين الرهاب بمعناه الدفاعى المرضى وبين الخوف الطبيعى الذى ينبئ على وعى الطفل بضغفه وحرصه على سلامته بأن يتجنب ما يعسرُه ولا يألُفه •

الصورة الاكلينيكية : ان العنصر المشترك في جميع حالات الرهاب

هو هذا الميل الى تحديد موضوع الخوف بحيث تختفى الاعراض في غياب الموضوع المثير . وعند ظهور الموضوع المثير فان اعراض القلق التي ذكرناها تظهر مع وجود الرغبة في الهرب من موضوع الخوف في حالات الخوف من الحيوانات منتشرة بين الاطفال في سن الثالثة الى الخامسة ولكننا نعتبرها مرضية حينما يكون الخوف مبالغاً فيه ويؤدي وظيفة رمزية لاختفاء موضوع الخوف الكامن مثل حالة هانز الصغير التي وصفها فرويد . ولا ننسى ان نضيف هنا الخوف من المفاريت والظلام وكذلك الخوف من الحشرات والثعابين وهي كلها ذات دلالة رمزية وكثيرا ماتغفى وراءها مخاوف من مواضيع الحب الاولى مثل الام والاب .

وفي حالات الخوف من المدرسة نجد الطفل يرفض الذهاب اليها راذا ذهب فانه يبكي ويرفض حتى يعاد الى المنزل . وقد يتحول هذا الرهاب الى اضطراب سلوكي في صورة الهروب من المدرسة او قد يأخذ صورة عدم الانتباه والفشل في الدراسة . وهذا النوع من الرهاب يحدث في حوالى سن الخامسة أو السادسة أما الخوف من الموت فان ذلك قلما يحدث بصورة واضحة قبل سن الثامنة وذلك لأن تصور الطفل للموت لا يكتمل قبل هذه السن ، وحين يحدث ذلك فانه يكون مصحوبا بحالة خوف مبالغ فيه فقد أيقن الطفل أن الموت هو حدث لا رجعة فيه .

وقد يأخذ صورة الخوف على شخص قريب له من الموت أو قد يخاف أن يموت هو وخاصة عند الدخول في النوم اذ أن النوم بالنسبة له يعنى فقداننا للعوى ولوجود وقد يخشى أن يكون هذا فقدان بلارجعة فيخاف النوم بالتالى .

الاسمى التينامية : يكون حدوث الرهاب في المرحلة الرابعة أى

سن الكمون مصاحبا لنمو الانا الاعلى واكتماله وكذلك لقدرة الطفل على استخدام الحيل الدفاعية اكثر تعقيدا والتي تحتاج هى الاخرى الى نمو

قدرات الانا الدفاعية • فهو يبدأ ومحاولة الكبت repression للصراع
 الا ان هذا لا يكفي فيلجأ الى النقل أو الازاحة displacement
 والاستبدال symbolization بأن يحول موضوع الخوف الاصلي
 الى موضوع آخر فبدل الخوف من الاب مثلا فهو يخاف من حيوان ما
 وبدلا من الخوف من الخضاء فهو يخاف من عضة هذا الحيوان • كما
 أنه يستخدم الترميز symbolization بأن يجعل موضوع الخوف
 الجديد يرمز الى موضوع الخوف الاصلي • ونجد عملية الاسقاط
 PROJECTION في تحويله لرغباته هو الى رغبات للموضوع الذي يخاف
 منه ، فبدلا من أن يشعر أنه يريد أن يعتدى على أبيه مثلا فهو يسقط
 هذه المشاعر ويعتقد أن أباه هو الذي يريد الاعتداء عليه • وتسبق عملية
 الاسقاط هذه أو تصاحبها عملية الانكار denial فهو ينفي رغبته في
 الاعتداء على أبيه أو يؤكد أنه يجب أبيه ويستطيع أن يؤكد ذلك لنفسه
 بأن يتصور أن موضوع خوفه أو عدوانه هو الموضوع الرهابي وليس
 أباه •

ونجد عامل التعلم يتدخل في اختيار الطفل لموضوع خوفه فاذا حدث
 أن أثرت المخاوف في الطفل وارتبطت زمنيا أو مكانيا بوجود موضوع
 ما فقد يربط بين هذا الموضوع وبين مخاوفه وخاصة إذا كان هذا الموضوع
 هو أيضا ما يخيف الكبار من حوله وكان له بالاضافة الى ذلك معنى
 رمزي • مثلا اذا نهزت الام طفلها وهددته بالعقاب وصادف أن ظهر في
 الأفق كلب غريب ، وخاصة اذا لم يكن أليفا يبعث الضوف في الكبار ،
 فان الطفل يربط بين خوفه من العقاب وبين الكلب وخوف الكبار منه •
 وسوف نجد في العوامل المرسبة أيضا تلك التي تشير لظهور الرغبات
 المحرمة (العدوانية أو الجنسية) في وقت لم يعد الطفل يريد أو يستطيع
 التعبير المباشر عنها وذلك ما يحدث في سن الكمون أو المرحلة الرابعة وفي
 الوقت الذي يسعى الطفل فيه الى تحويل طاقته نحو الانتساج والتعلم
 مما يخلق تناقضا مع متطلبات المرحلة أى صراعا بين البحث عن اللذة

وتوجيه الطاقة للعمل الامر الذى يعيد الى ذاكرته رغبات المرحلة السابقة وما بها من صراعات ثلاثية (أوديبية) *

الانس النشوية : مما سبق يتضح أن عنصرى النكوص والتثبيت يعيدان الطفل الى صراعات المرحلة الثالثة (الاولديبية) فحيث يفشل الطفل في مجابهة تحديات المرحلة الرابعة وهى الانتاج فانه يحلم بالماضى حيث كانت انذة في التعبير عن رغباته * ولكنه يعلم بفضل نضجه أن تلك الذات محرمة فيلجأ الى الوسائل الدفاعية المذكورة لمقاومة النكوص الى الماضى ، الذى يكون مليئا بالاغراء * ان الماضى يصبح كالعلم السعيد أو كالعلم الذى لم يكتمل ويشد صاحبه للمودة اليه ويمثل عامل تثبيت * ولعل العوامل النشوية المميزة في حالات الرهاب هى هذا الميل من جانب الابوين لتخويف الطفل وتهديده بالايذاء بشكل أو آخر الامر الذى يترجم في ذهن الطفل أحيانا الى التهديد بالخفاء *

Conversion

الهستيريا التحويلية :

في هذه الحالات ينجح الكبت في أبعاد الصراع عن الوعى ولكنه لا يفتلى تماما بل يظهر في صورة أعراض جسدية منبعها الاضطراب في التحكم في الجهاز العصبى الارادى والذى يتحكم أساسا في العضلات المخططة striated muscles وهى أيضا العضلات الارادية voluntary وكذلك في الحواس الواعية سواء الفاصية مثل البصر والسمع والشم أو العامة مثل الاحساس باللمس والالم والدفع والبرودة أو الحواس الحشوية visceroreception *

الصورة الكينيكية : بالاضافة الى وجود أعراض جسدية في الاعضاء المذكورة مع غياب وجود أسس عضوية في الاعضاء المصابة كما يتبين من الفحص الطبى فان هناك ظواهر مصاحبة للاضطراب تكاد تغنى عن ضرورة استقصاء المرض العضوى *

فسوف نجد أن المرض يحدث بعد ظرف مثير للصراع النفسى وأنه يصيب الاعضاء في توزيع لا يتفق مع المرض العضوى وأنه يكون مصحوبا بحالة تشبه اللامبالاة تجاه المرض *belle indifference* وأن كان هذا المرض الأخير أقل حدوثا في الاطفال فإنه عادة يحدث في شخصية لها تكوين نفسى له سمات مميزة وتوصف بالشخصية الهستيرية (منها الميل الى التباهى والاستعراض والمبالغة والقابلية للإيهام والانبساط والسطحية في المشاعر والتقلب السريع الخ) • إلا أن هذا أيضا يتطلب درجة من النضج لا نجدها في حالات الاطفال صغار السن وكثيرا ما نجد حالات الهستيريا في غياب تلك السمات • وهى صفات تتميز بها الاناث عن الذكور في حضارتنا • بالإضافة الى ذلك سوف نجد عنصر الكسب الثانوى *secondary gain* وهو الاستفادة التى يجنيها المريض من كونه مريضا في صورة جذب الاهتمام والعطف والتعويض من الآخرين • اما الاعراض العضوية ذاتها فإن الهستيريا التحولية تستطيع ان تتشابه تقريبا مع جميع الامراض • ولعل أكثرها انتشارا أصابات الشكل المختلفة وخاصة في الاطراف وفي الاحيال الصوتية وكذلك نجد الاضطرابات في الحواس مثل فقدان الحساسية أو الالهساس بالألم دون وجود أساس عضوى •

والقدرة على التحويل نادرا ما تكتمل قبل الخامسة إلا أننا نجد أكثر حالات الهستيريا في سن التاسعة فما فوق وتصل الى قممتها في بداية سن المراهقة حين تزداد الحاجة الى الكبت الجنسي ازاء ظهور الخبرات •

الامس البينفسية : الوسيلة الدفاعية الاساسية في الهستيريا التحولية هى الكبت *repression* بالإضافة الى القدرة على التحويل *conversion* وهى نوع من الانشقاق *dissociation* فى الوعى مع التعبير عن جانب من الصراع عن طريق الجسد • وذلك أيضا يتطلب درجة

من التركيز . الا أن الصراع قريب من السطح ويكاد يكون التحويل ممبراً عنه تعبيراً شبه مباشر الامر الذي يتطلب من المريض قدراً من السذاجة وقلة البصيرة . ولعل هذا يفسر انتشار الهستيريا بين الفئات الأقل ذكاءاً وتعليماً . إذ أضفنا إلى ذلك الكبت الذي يتطلب درجة من الخضوع فإن هذا يفسر انتشارها في الطبقات الدنيا وفي الاناث في المجتمعات التي ما زالت تربط بين الانوثة وبين الضعف الدونيه الاجتماعية . الا أن الكبت المباشر الذي يؤدي إلى الخضوع يولد العدوانية السلبية بواسطة الضعف والاشباع انسلبي بواسطة المرض . فالهستيرى تصيب من هم دوله بالاحساس بالذنب نتيجة لرضه ويفرض عليهم التعويض عن عدوانهم بالشفقة عليه وهو نوع من الاشباع الجنسي الغير مباشر . وهو ان كان ينكر رغبته الجنسيه والعدوانية في وعيه الا أنه يعبر عنها بجسده . ولذا فاننا نجد في العوامل المرسبة ما يثير هذه الرغبات الجنسية والعدوانية مع غياب القدرة على التعبير المباشر عنها . ومن هنا كانت زيادة حدوث الهستيريا في سن المراهقة وزيادة نسبتها في الاناث ، فمن محرومات نسبياً من التعبير المباشر عن رغباتهن الجنسية والعدوانية في نفس الوقت الذي يطلب منهن المجتمع ان يبالغن في الاغراء في هذا السن من أجل اجتذاب اهتمام الرجال واثارة رغبتهم في الاستحواذ عليهن ، فمن في حالة اغراء مستمر مصحوب بحرمان مستمر . وهذا يفسر رغبة الهستيريات المستمرة في جذب الاهتمام وفي حب الظهور والاستعراض والمبالغة علاوة على ميلهن السطحي لتكوين العلاقات السريعة . الا أن وجود هذا التحريم الصارم يكشف سطحية هذا الميل من حيث توقف اكتمال العلاقة قبل نقطة الالتقاء الكامل الامر الذي يأخذ صورة البرود الجنسي ، فالرغبات في حالات الهستيريا قريبة من السطح وشيكة الخروج الى اعلانية ولكنها تتوقف عند آخر لحظة بواسطة الكبت الذي يقوم هنا بتحقيق للرغبة المضادة في صورة الفصاء الذاتي الذي يعبر عن عدوانية سلبية تجاه الآخر ، في نفس الوقت فانفتاة الباردة جنسياً سرعان

ما تصيب فتاها هو أيضا بالبرود والضعف الجنسي فهي تغريه ولا تشبعه
وتفقد الثقة في قدرته على اشياعها *

الاسس النفسية : الاساس العضوى للهستيريا يرتبط بتكوين
نفسى عصبى يعيل الى الانبساط *extraversion* كما نجد أن هناك
ارتباطا مع المستويات الأقل من الذكاء * ومن حيث المؤثرات البيئية فأنا
نجد أن المرحلة الثالثة (الأوديبيي) في التطور هي مسرح نشوء هذه
الحائنه * ففي هذه المرحلة يعي الطفل اختلافه الجنسي مع بداية وعيه
بالطرف الثالث في العلاقة بينه وبين أمه مما يدفعه الى التساؤل عن الفروق
بين الجنسين وما يرتبط في ذهنه من علاقة بين الجنس والمكانة الاجتماعية *
والفتاة تتعلم في هذا السن أن خير وسيلة للنصر هي الاغراء والدلال
والاحتواء بينما يتعلم الفتى الاقتحام والمغامرة * الا أن الاشباع هنا
يرتبط بهزيمة الطرف الثالث في العلاقة ويترتب على ذلك خوف ثم شعور
بالذنب يرتبط في ذهن الطفل بالخصاء * ففي هذه المرحلة يبدأ الشعور
بالذنب * ولكن الرغبات تعود لتقرض نفسها في سن المراهقة فتثير الوسائل
الدفاعية القديمة من كبت وخصاء ذاتي في صورة عملية التصويل
الجنسي *

ومن العوامل التي تؤدي الى التثبيت في تلك المرحلة وبالتالي تسهل
عننية النكوص اليها الاغراء الجسدى (الذى يساوى عند الطفل الاغراء
الجنسى) من جانب الوالدين وهو ما يثير لدى الطفل والوالدين على
السواء رغبات سرعان ما يتبين لهما استحالة اشباعها فينشأ لديها شعور
متبادل بالذنب يؤدي الى اللجوء الى المزيد من الكبت * ولعل السلوك
الموازي لذلك على المستوى الاجتماعى هو الافراط في الدلال الذى يتبعه
فقد ان للتحكم من جانب الطفل ويتاوه عقاب صارم فيتعلم الطفل من
تلك المرحلة كيف يغري ثم يحرم عند آخر لحظة *

واذا ذهبنا خطوة أبعد فسوف نجد هذا السلوك من جانب الابوين
نابع من عدم اشباع متبادل على المستوى الراشد ، فالعلاقة بينهما ليست

مكتمة ولعلها مليئة بالاحباط الجنسي والوجداني الذى يدفعهما للبحث عن الانبعاث فى أطفالهما وهو انبعاث مستحيل التحقق لأسباب اجتماعية وتاريخية وان كانت هناك بعض الحالات الشاذة التى تتم فيها علاقة جنسية بين أفراد الأسرة الواحدة • وعكس الانبعاث الزائد فان الحرمان الزائد من الاقتراب الجسدى بين الابوين والاطفال قد يؤدى الى نفس النتيجة أيضا فالطفل الذى لا يلمسه أو يحضنه أو يقبله أباه أو أمه (وهو ما كان يحدث فى الحضارات الغربية حتى قريب) يشعر بالذنب من اللمس الجسدى ، ويفقد الارتباط بين الجسد والحب • فإما أن ينشأ بديول هسبرية تجعله يكبت المشاعر الجنسية فى اطار الحب أو يعبر عنها فى اطار الشهوة ابحتة المنفصلة عن الحب ، ولعله الامر الذى يفسر موجة الانحلال التى مرت وما زالت تمر بها الحضارة الغربية : فرغم ما يبدو هنا من مظاهر الحرية الجنسية فهى تعبير عن حرية الشهوة وغالبا ماتكون غنى حساب حرية الحب بمعناه الكامل • أى ان الكبت غزال موجود (وان غيرت صورته وهذا ربما يفسر تغير صورة الهستيريا فى الغرب التى كادت تختفى منها عملية التحويل الجسدى الظاهر) •

الهستيريا الانشقاقية : dissociation

فى هذه الحالات يتم الانشقاق بفصل جزء من الوعى عن باقى الوعى دون تحويله الى أعراض جسدية ولكن الى حالات يتناقض فيها السلوك أو الوجدان فى حالة وعى محددة مع باقى الشخصية التى تجابه هذا التناقض بفصله عن وعيها • ويتراوح حجم الجزء المنفصل بدءا من لحظات الهفوات وفقدان الذاكرة الجزئى الى ازدواج أو تعدد الشخصية وان كانت هذه نادرة فى الاطفال • ونجد مظاهر الانشقاق فى السلوك اليومى فى الاطفال فى صورة الفقدان المحدود للذاكرة وفى الاحلام وفى الكلام واحيانا المشى أثناء النوم • وهذه الحالات عموما تزداد انتشارا فى سن المراهقة •

الصورة الاكلينيكية : نجد الانتشار وديناميات الشخصية مشابهة لحالات الهستيريا التحولية ولعل شدة الاضطراب اثناء حالة الانشقاق تتعرض في هدوء الشخصية في غير تلك الحالات . وهناك بعض مظاهر تلك الحالات اكثر انتشارا في الاطفال منها :

التجوال اثناء النوم *somnambulism* وهي عبارة عن حالة تتراوح من انقيام من الفراش الى النزول من المنزل وتادية حركات وأفعال معقدة وذلك اثناء النوم وهي عادة قصيرة المدة وتشبه الحلم وتكون بديلا له ، وقد ترتبط بدرجة من القصور في الذكاء واستخدام اللغة والتصور مع تفصيل التعبير الحركي فيما يتعلق بالرغبات المكبوتة .

الحالات الشفقية *twilight states* عبارة عن حالات يضطرب فيها الوعي بحيث يشبه الحلم فيبدو العالم الخارجي غريبا أو ياهتا . وهناك حالات فقدان الوعي بصورة مختلفة منها الانغماس ومنها التصلب ومنها التشنج *Convulsions* الذي كثيرا ما يشبه الحركات الجنسية وأحيانا العدوانية وهو اكثر انتشارا في الاناث عنه سن المراهقة . الاسس الدينامية : ان الصيلة الدفاعية الاساسية هنا هي الكبت ولكن الاختلاف يكمن في أن الجانب المكبوت يجد طريقه الى حالة وعي منشقة عن حالة الوعي الرئيسي وذلك بواسطة هيئله دفاعية أخرى وهي الانشقاق *dissociation* وعن طريق هذه الحالة الثانوية تجد الرغبات المكبوتة تعبر عن نفسها من خلالها الا أنها نادرا ما تصل الى درجة التعارض الصارخ مع بقية الشخصية .

فالذي يسير اثناء النوم مثلا نادرا ما يصل الى درجة الايذاء انشديد لنفسه بل يستيقظ قبل حدوث الضرر (مثل الوقوع من مكان عال او الارتطام بجسم مؤذي كالنار او الماء او الآلات الحادة) .

وبطبيعة الحال فان هذه الرغبات المكبوتة حتى وان كانت وسيلة للتعبير

فإن لذلك ثمن وهو فقدان الذاكرة لما حدث لأنها عادة رغبات مرفوضة من الجانب الواعى للشخصية .

الأسس النفسية : ليس هناك اختلاف يذكر بين الاسباب النفسية هنا وبينها في حالات الهستيريا التحولية وقد تكون هناك ميول تكوينية في الجهاز العصبي تؤهل صاحبها للانشقاق .

الوسواس القهري :

الوسواس obsession هو عبارة عن محتويات ذهنية غريبة عن الذات وتفرض وجودها على الوعى رغم مقاومته لها وتتصف بالالاحاح وانتكار كما أنها تبدو خائفة من المعنى . أما القهر أو القسر compulsion فهو عبارة عن الفعل المقابل أو البديل للمحتوى الذهنى حيث يقوم الفرد بأفعال أو حركات تبدو عديمة الهدف أو المعنى وغريبة عن الذات وتتقابل بمقاومة من جانب الذات وحينما يتحول الفعل القهرى الى حركة محدودة متكررة ويدون مقاومة تذكر من الذات فإنه يصبح ما يعرف باللازمة fixa الصورة الاكلينيكية : رغم أن هذه الاعراض تظهر بصورة طبيعية في المرحلة الرابعة تزداد قبيل اليلوغ (في آخر الكمون) ، كما أنها تصاحب بعض الحالات الأخرى ، إلا أنها تأتى في صورة العصاب الوسواسى حينما يؤدي وجودها الى اعاقه التكيف فقد يشكو الفرد من تسلط افكار غريبة عليه بل كرهه ، وكلما حاول مقاومتها زاد الحاحها في الظهور وعادة تكون محتويات هذه الافكار مستمدة من الرغبات العدوانية أو الجنسية المحرمة فيرمز اليها بشكل أو آخر وأحياناً بدون ترميز فقد تراود الطفل (بالالخص عند المراهقة) افكار او تساؤلات ملحه حول وجود الله هى في جوهرها ترمز الى ثورة مقنعة على ابيه . وقد تأخذ طابعا عكسيا في صورة المبالغة في التدين كمحاولة لرد الفعل أو تغطية الرغبة المحاكسة .

وكذلك على مستوى الجنس نجد الافكار تعبر عن الرغبة أو ما يرمز

اليها كأن يؤكد لنفسه انه لا يرغبهن وأنهن لا يمثلن أى اغسراء أو تهديد له .

وعلى مستوى الافعال القهرية قد نجد ظواهر مشابهة ولكنها تأخذ صورة الافعال ولعل أكثرها انتشارا هو الاهتمام المبالغ بالنظافة الذى يوصف أحيانا بهوس النظافة وقد نأخذ صورة طفوس كأن يصير الشخص على غسيل يديه بطريقة معينة وبعدد محدد من المرات ، وقد يمارس طقوسا قبل الذهاب الى الفراش كأن يضع الوسادة بزاوية معينة . و أحيانا تأخذ هذه الوسوس القهرية صورة الشكوك والتردد والتدقيق فالطفل قد يغلق الباب خوفا من اللصوص الا انه يقوم مرة أخرى ليتأكد من احكام علقه وند يفتحه ويغلقه عدة مرات . وقد نجد مظاهر للخرافة فى الفعل أو التفكير كأن يتشاعم الطفل من أرقام معينة أو ألوان أو أيام بعينها .

الاسس القنينامية : ان أى عامل مثير لأى طرف من اطراف الصراع بين الغرائز والانا الأعلى سوف يؤدى الى ظهور رد الفعل المضاد من الدفء الآخر ادى يؤدى الى زيادة الصراع بين قوتين متساويتين . وفى نهاية المرحلة الثالثة (الاوديبية) وبداية الرابعة (الكمون) نجد المجتمع يتطلب من الطفل تقوية الانا الأعلى أى أن يتحكم فى غرائزه ، وفى نهاية المرحلة الرابعة نجد المراهقة وما يصاحبها من تغيير قد أثارت الرغبات المحرمة مرة أخرى . وفى كلتا الحالتين تزداد حدة الصراع وتنشأ الاعراض الوسواسية .

وفى حالة الوسواس هذه نجد الانا الأعلى يفسح مكانا لطرفى الصراع للظهور فى الوعى بشرط أن يكون ظهورها رمزيا ويشمل وسائل دفاعية مختلفة علاوة على الترميز symbolization displacement والاستبدال وبالإضافة الى ظهور تلك المحتويات اللا شعورية المتضاربة بطريقة رمزية فعلية أيضا أن تكون معزولة من شحنتها الانفعالية وتستخدم هنا حياة العزل isolation

كما يمكن للشئ وضده أن يظهرأ بطريقة متتالية فتظهر الرغبة في صورة فكرة أو فعل ثم تتبعها فوراً الرغبة المضادة في صورة فكرة أو فعل معاكس وتستخدم هنا وسائل الفعل والابطال * (going and undcing) وأحياناً، تظهر الرغبة في صورة رغبة مضادة مبالغ فيها. كأن تأخذ الرغبة في المقذارة صورة المبالغة في النظافة وهنا تستخدم وسيلة تكوين رد الفعل * reaction — formation

الاسس النفسية : هنا أيضاً قد نجد أساساً عضوياً كإرضية تبنى عليها المؤثرات البيئية * وهناك ارتباط بين التكوين النفسى العصبى الذى يتخذ صورة الانطواء وبين حالات الوسواس * ولعل الذكاء وما يصاحبه من نضج مبكر يساهم بالتالى ، بواسطة القدرة على الرؤيه البعيدة وتجنب المخاطر ، على تكوين أنا أعلى فى سن مبكرة — وفى هذه الحالة فهو يأخذ طابعاً يدائياً * كما، يمكننا أن نفترض ان هناك ميلاً شديداً للمعوان فى هؤلاء الاطفال يستلزم المبالغة فى التحكم فيه *

وهذا التكوين المبكر والبدائى للنزعة الى التحكم بواسطة أنا أعلى يحدث فى المرحلة الثانية حيث يصاحب بمحاولات الإم لتتعليم رغبات الطفل والذى أصبح أكثر قدرة على التعبير عنها بعد أن تعلم المشى والانتقال * وبالإضافة الى ارادة المجتمع نجد أيضاً امكانيات القبل الجسدية وقد استمدت لهذا التحكم فعضلات الجسد على استعداد أيضاً لممارسه التحكم * وكذلك قدراته العقلية أصبحت تمكنه من درجه من بعد النظر تجعله يخاف مبكراً من نزعاته *

فاذا خانت التربية فى هذه المرحلة تميل الى القيود الشديدة فسوف يؤدى ذلك الى تكوين أنا أعلى صارم * وعلى نقيض ذلك اذا كانت تميل الى التساهل الشديد فان ذلك سيحتم على الطفل ان يعرض نقصاً من التحكم من جانب والديه بأن يقوم هو بدور التحكم فى غرائزه وهذا يؤدى الى نشوء أنا أعلى كثيراً ما يكون أكثر صرامة من مطالب الاب أو المجتمع *

الفصل السادس

اضطرابات الشخصية

الشخصية والنضج :

بما أن تكوين الشخصية يتطلب درجة ما من النضج ، فقد يبدو لأول وهلة أن الاطفال في حاجة الى وقت طويل من النمو قبل أن تتبلور عندهم أية معالم للشخصية : ولكن المشاهد الخير للاطفال حديثي المولد يستطيع أن يقرر بطمأنينة أن هناك ، ومنذ البداية ، اختلافات أساسية بين الاطفال .

لقد أشار فرويد الى أهمية السنوات الاولى في تكوين الشخصية ، وإن كان التطور والنمو لا يتوقفان عن تعديل سمات هذه الشخصية فيما بعد . ولا كان مفهوم الشخصية يعنى وجود صفات وسمات أساسية تستمر على مر الزمن وتميز الفرد عن غيره جاعلة له هوية مميزة ، فإن الشخصية بهذا المفهوم لا تتضح تماما إلا بعد سن المراهقة والشباب ، حين يهدأ أيقاع التغيرات ، أما ما يسبق ذلك فهو أقرب الى السمات المتغيرة والخاضعة للتلم وتأثير البيئة ، ولكننا نستطيع أن نقرر أن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ، ولكنها تتفاعل مع بعض المخططات الأساسية التي يملكها الطفل بالفعل ويمكننا أن نصف هنا بعض الأنماط في شخصية الطفل .

اضطراب الشخصية :

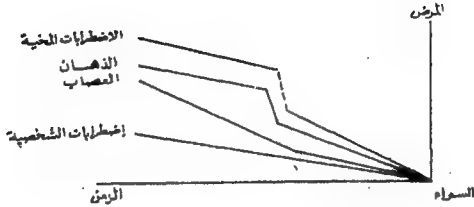
تتيسر دراسة الأنماط السوية للشخصية بفضل دراسة الأنماط

المضطربة ، إذ أن الاضطراب ما هو الا ابراز لصصفات خفية كانت موجودة بدرجة محدودة ومقبولة ومحدودة كمظاهر متعددة للسواء .
ولعل الفضل في أعمق دراسة للنفس البشرية السوية يرجع الى فرويد والمحللين النفسيين في دراساتهم للنفس المضطربة . وهنا نستطيع أن نأخذ بعض تلك القواعد العامة للاضطراب في الشخصية لنصف الأنماط في الشخصية انسوية ، ثم نستخدمها مرة أخرى لفهم الشخصية المضطربة .

لعل أول ما يميز اضطراب الشخصية هو عدم التوافق بين الشخص وبيئته ، بعكس حالة العصاب حيث يكون الاضطراب في مكونات الشخص الداخلية وعدم توافقها مع الذات . فالعصابى يشكو من اضطرابه ، اما مضطرب الشخصية فالذى يشكو منه هم من يحيطون به ، أى المجتمع أن الاضطرابات العصابية غريبة عن الذات ego-dystonic, ego- alien

بينما اضطرابات الشخصية متوافقة مع الذات ego-syntonic
ونلاحظ أننا نجد صفة التوافق مع الذات هذه في حالات الاضطرابات الذهانية أيضا ، ولكن بينما ينسحب الذهاني من الواقع نتيجة تفتت هذه الذات أو ضعفها ، نجد مضطرب الشخصية يظل على اتصاله بالواقع وأن كان هذا اتصالا مضطربا يؤدي الى تسكوى البيئة منه ويعوق تكيفه نتيجة لرفض الآخرين له .

والصفة الثانية التي تميز اضطرابات الشخصية هي نتائجها عن تراكم طويل للفترات واندماجها مع الكيانات الشخصية السابقة لها .
فهى لهذا ليست اضطرابات محدودة أو حادة أو حديثة بينما نجد للذهان والعصاب بدايات محددة قد تكون حادة وواضحة أولا ، ولكنها موجودة على أية حال ، وهى تمثل انتقالا من طريقة معينة في التكيف الى طريقة أخرى ، ويبدو هذا الانتقال كميّا في حالة العصابى (الذى تضطرب علاقته مع الواقع ومع نفسه) بينما يبدو كقيما (أو كميّا شديدا جدا) في حالة الذهاني (الذى ينفصل عن الواقع وعن نفسه) كما هو موضح بالرسم .



الشخصية والتكيف :

إذا كانت اضطرابات الشخصية تتميز بأنها تؤثر على البيئة وتعارض معها إلا أننا نجد داخل هذا الإطار نفس التدرج بين الميل إلى التأثير على البيئة والميل إلى التأثير بها ، فتغير الذات أو تحديدها (وهو وسيلة دفاعية وصفتها أنا فرويد restriction of the ego هو في النهاية وسيلة للتكيف مع البيئة .

والأساس البيولوجي لهاتين الوسيلتين في التكيف هو أن الكائنات الحية تتكيف مع البيئة إما بأن تؤثر في تلك البيئة وتغيرها *alloplasticity* أو بأن تتأثر بها وتغير ذاتها لتلائمها *autoplasticity* فإذا أخذنا بأن اضطرابات الشخصية بصفة عامة تأخذ شكل التأثير على البيئة فهناك داخل هذا المتصل - أنماط أكثر ميلا إلى التأثير على البيئة وأخرى أكثر ميلا إلى التأثير بها .

ولعل هذا المتصل يوازي ذلك الذي وصفه ايزنك بين الانطواء

introversion والانبساط *extraversion*

كما يمكننا وصف الشخصية على أساس متصل آخر هو النمط الغريزي الذي تتفاعل الشخصية مع البيئة بواسطته . فنصفها على أساس الغرائز الجنسية التي تهدف إلى البناء والالتحام والرغبة في

الحياة (الايروس eros وطاققتها الليبدو libido) في مقابل الغرائز العدوانية التي تهدف الى التدمير والعدوان وتعتبر عن غرائز الموت (الثاناتوس thanatos وطاققتها الموربيدو morbidو) على هذا الأساس سوف نجد أن هناك أنماطا من الشخصية تنتج نمو تغير البيئة أساسا وتستخدم الغرائز العدوانية (مثل الشخصية المندفعة) أو الغرائز الجنسية (مثل الانحرافات الجنسية) في مقابل أنماط أخرى من الشخصية تميل الى تغيير الذات أساسا وقد تستخدم الغرائز العدوانية مثل الشخصيات المكبوتة أو تستخدم الغرائز الجنسية مثل الشخصيات الاعتمادية . ولكن اذا أخذنا في الاعتبار مبدأ آخر في التحليل النفسى وهو مبدأ اندماج الغرائز fusion of drives فسوف نجد أن هناك عتصرا من كلا الغريزتين في كل اضطراب ولكن بدرجات متفاوتة . ففي الشخصية المنحرفة جنسيا مثلاً يتعامل الفرد مع البيئة أساسا بواسطة الجنس ولكننا لو تعمنا الأمر لوجدنا هناك بعض مظاهر الغريزة العدوانية كما يحدث في حالات الاغتصاب حيث يؤدى الجنس وظيفة عدوانية فيكون جنسا عدوانيا أو عدوانا جنسيا . ومن جانب آخر قد لا تتجه الغريزة الجنسية نحو البيئة فيكون التعامل مع البيئة في هذه الحالة بأسلوب تغيير الذات والانطواء ، كما يحدث في حالات الجنسية الذاتية auto-erotism حيث يظهر الاضطراب في صورة العادة السرية مع الانطواء والانسحاب من الواقع .



تغيير الموضوع



تغيير الذات

ولا نسعى هنا الى تقسيم الصور الاكلينيكية تبعا لهذين المتصلين
بقدر ما نسعى الى ابراز العنصر الغالب في كل نمط . ولعل هذا يكون مظهرا
لسعى العلم الدائب الى ازجاء التباين في اتجاه تشابه ما .

الانماط الاكلينيكية :

سوف نستخدم هذا التصنيف الذي وضعته مجموعة ترقية الطب
النفسي المشار اليها وهو كالآتي :

- | | |
|-------------------|---|
| hystérical | ١ - الشخصية الهستيرية |
| anxious | ٢ - الشخصية القلقة |
| obsessional | ٣ - الشخصية الوسواسية |
| oppositional | ٤ - الشخصية المعارضة |
| dependent | ٥ - الشخصية الاعتمادية |
| inhibital | ٦ - الشخصية المكفوفة |
| isolated | ٧ - شخصية المنزلة |
| suspicious | ٨ - الشخصية المتشككة |
| tension-discharge | ٩ - اضطرابات التوتر والافراج |
| impulsive | وتشمل (أ) الشخصية المتدفعة |
| neurotic | (ب) الشخصية العصابية |
| dyssozial | ١٠ - اضطراب الشخصية المنفتحة عن المجتمع |
| sexual deviation | ١١ - الانحرافات الجنسية |

وسوف نصف الصورة الاكلينيكية لكل صنف مع عرض الأسس
الدينامية والنشئية اذ أننا لا نستطيع فصلها هنا بسهولة لأن الوسائل
الدفاعية في اضطرابات الشخصية قد أصبحت جزءا أساسيا من التكوين
النفسي نأفرد ويصعب تمييزها عن الصورة الظاهرية للشخصية .

الشخصية الهستيرية :

الصورة الاكلينيكية : نجد الطفل يميل الى الانبساط فهو كثير الكلام

يلتصق بالآخرين ويتعامل معهم بسلاسة وان كان يميل أيضا الى التغير وعدم الاستقرار والسطحية في علاقاته كما يميل الى الاستعراض والمباهاة والمغالاة ، وله طابع مسرحي في سلوكه ويستخدم الجنس كوسيلة لاجتذاب الآخرين فنجد الطفلة (الأنتى) تميل الى الدلال والاعواء بينما الطفل (الذكر) يميل الى الاستعراض والمباهاة ، كما نجد الانفعالات سطحية ومتأرجحة من نقيض الى نقيض وليس لها صفة الدوام .

وفي بعض الحالات نجد هذه الميول مختلطة مع صفات الاعتمادية والرغبة في الاستحواذ على الآخرين وفي حالات أخرى نجد اتجاها نحو التمتع acting - out مما يقربنا أحيانا من الانحرافات الجنسية وأحيانا أخرى من الانحرافات الاجتماعية (التوتر والاخراج) .

الأسس الدينامية والنشئية : تعكس الشخصية الهستيرية اضطرابات المرحلة الثالثة حين يكتشف الطفل الفروق الجنسية ويستخدمها للاعواء (في حالة الانثى) أو للاقتحام (في حالة الذكر) ويكون هذا الاعواء أو الاقتحام مفتقرا الى امكانية الاشباع بسبب عدم نضوج الطفل جنسيا ولذلك فان ميكانيزم الهستيرى للمبالغة والاعواء هو محاولة للتمويض عن هذا الاحساس بالمعجز عن الاشباع واخفائه . ولأن هذه السمة متوافقة مع الذات فالهستيرى لا يجد ضرورة لكبت رغباته والتعبير عنها رمزيا بالاعراض لأنه يشبعها بطريقة هذه في التكيف والتعامل مع البيئة .

الا أن هذه السمات نفسها قد تؤدي الى سوء توافق مع البيئة ، فالطفل سريع التغير لا يستطيع تكوين علاقة مستمرة ودائمة مع موضوع ويؤدي هذا الى احباط المحيطين به في محاولاتهم لاكتساب ثقته واهتمامه وقد يؤدي ذلك الى فشل في الدراسة وفيما بعد الى فشل في تكوين علاقات سليمة مع الجنس الآخر .

الشخصية القلقة :

الصورة الاكلينيكية : نرى القلق يلبس على حالة الطفل الوجدانية

ويبدو ظاهراً في سلوكه ، فهو غير مستقر يميل الى كثرة الحركة لا يستطيع تثبيت انتباهه على موضوع معين ، دائم التوتر والخوف ، ميلا الى تجنب المواقف الصعبة . وقد نجده متصفاً بسمات من اضطرابات الشخصية الأخرى ألا أنها لاتدوم طويلاً كما أنه أحياناً يتصرف بصورة سوية في بعض المواقف أو بعد فترة من التعود على الموقف الجديد والتغلب على قلقه .

الأسس الدينامية والنفسوية : إن الصفة الأساسية التي تميز شخصية الطفل هي عدم التبلور ، اذ يكون الطفل مرناً ولم يتشكل بعد ، وقد تصل هذه المرونة الى درجة الاهتزاز في تكوين الشخصية . وهو لم يثبت عند مرحلة بعينها أو ينكص اليها بشكل دائم ، كما أن الوسائل الدفاعية التي يلجأ اليها كلما تكون ثابتة ، فهو تارة يميل الى الكبت وتارة الى التفعيل أو ينتقل بين الانطواء والانبساط، ويعبر بالجنس أو بالمعوان الى الداخل أحياناً والى الخارج أحياناً أخرى .

ولكن العنصر الأساسي هنا هو طبيعة القلق وعمقه ، فغالباً ما يكون قلقاً عصابياً مرتبطاً بالمرحلة الثالثة ويدور حول الخوف من فقدان وضع مميز (بالخصاء مثلاً) ، إلا أنه من الجائز أن يصل هذا القلق في عمقه الى المستويات الذهانية .

وإذا كانت درجة القلق محتملة واستمر الطفل متكيفاً مع البيئة ، فإنه قد يكتسب المزيد من الثقة والقدرة على التكيف بحيث يستطيع التغلب ولو جزئياً على هذا القلق . أما اذا زادت درجته أو كانت من العمق بحيث لا يستطيع الطفل تحملها ، فإنه سوف يلجأ الى وسائل مختلفة للتغلب عليها وهنا قد يتحول الطفل القلق الى نمط آخر من اضطرابات الشخصية أو الى عصابي أو ذهاني .

الشخصية الوسواسية :

الصورة الاكتينيكية : نجد الصفات المميزة هنا هي الميل الى الانطواء

والانشغال بالصراع الداخلى الذى يجد من قدرة الطفل على التفاعل مع بيئته وهو بالتالى يغير نفسه ويمنع غرائزه من التعبير المباشر اذ ينمى في نفسه صفات تساعد على اخفاء هذه الغرائز . فنجد الطفل دقيقا حريصا ، حى الضمير ، يحب النظام والدقة في المواعيد ، ويبالغ في النظافة ، جاف العواطف ، ولكنه يميل الى التفكير والمنطق والمقلاقية . وقد تجعله هذه الصفات يبدو مؤدبا ومطيعا ومتوافقا مع البيئة الى درجة المرض كما يحدث في نمط الطفل المثالى model child . وأحيانا نجد هذه الصفات تتبادل مع صفات أخرى عكسية تماما كأن يرتكب أعمالا عدوانية أو أن يميل الى الفوضى والقذارة في نوبات محدودة الزمن .

الأسس الدينامية والنشوءية يميل الشخص الوسواسى الى الانطواء ، فهو يمارس صراعاته وخاصة المتعلقة بالنزعات عدوانية داخل نفسه أساسا ، كما نجده يميل الى الذكاء ، ولعل هذا يكون أحد العناصر التى تساهم في نشأة أنا أعلى مبكر بفضل القدرة على التنبؤ بالمخاطر وتجنبها مقدما . كما نجد هذا النمط منتشرا بين الذكور أكثر منه بين الإناث ولعل هذا سببا حضاريا اذ أن السلوك المتوقع من الذكور هو التحكم في الانفعالات .

وتتأسس هذه السمات في المرحلة الثانية (الاستقلال أو المرحلة الشرجية) والتى تمثل الفترة التى تمارس فيها الأسرة صراعها مع الإرادة الجديدة العنيدة لدى الطفل محاولة ترويضها . فتتكون السمات الوسواسية التى تؤكد ضرورة موازنة الفوضى بالنظام والقذارة بالنظافة والعناد بالطاعة .

الشخصية المعارضة :

الصورة الاكلينيكية : نجد الصفة المميزة هنا هي صفة العدوانية السلبية passive-aggression وهي صفة موجودة بدرجة ما في الشخصية الوسواسية وفي نمط الطفل المثالى ، فنرى الطفل يميل الى العناد

الشديد ولكنه يعبر عن معارضته بطرق سلبية كأن يمتنع عن الأكل أو أن يجد صعوبة في فهم دروسه أو أن يعتمد أن يفعل عكس ما يطلب منه .

الأسس الدينامية والنشئية : تتشابه هذه الأسس مع مثلتها الخاصة بالشخصية الوسواسية وإن كان من المتوقع أن يكون ذكاء الطفل أقل وقهر الأسرة أشد . أى أننا نجد الفرد ضعيفا وغير قادر على تكوين أنا أعلى قوى ومبكر مثل الوسواسى ، كما نجد البيئة أشد جمودا وأقل مرونة ، فيتبدون هذا العدوان السلبي الذى يتجه الى صاحبه رغم أن المقصود به هو الموضوع (البيئة) فهو يصيب هذا الموضوع بطريق غير مباشر ، ويؤدى الخوف من إيذاء الموضوع مع الرغبة في المحافظة عليه الى توجيه المزيد من العدوان الى الداخل من أجل إبقاء العلاقة بالموضوع .

الشخصية الاعتمادية :

الصورة الاكلينيكية : تتصف بالخوف من التعبير عن العدوان — سواء بالطريق المباشر أو بالعدوان السلبي — ويحول هذا العدوان الى الداخل فيأخذ شكل الاعتمادية المفرطة التى تصبح وسيلة للسيطرة على البيئة . فالطفل هنا يمارس ضعفه ظاهريا ويلتصق بالآخرين ويحرص على ارضائهم ويبالغ في اطاعة ، وقتما يأخذ زمام المبادرة أو يقوم بعمل «ستقل» ، وهو ينتهى بهذا الى اخضاع الآخرين له (اخضاع الموضوع) ويصبح كما في المثل (خادم القوم سيدهم) .

الأسس الدينامية والنشئية : هنا نجد عن استغلال المرحلة الثانية ونقترب من اعتمادية المرحلة الأولى . يبالغ الطفل في طلب الحب من الآخرين ولكنه يفعل ذلك بطريقة تثير عدوانهم في الوقت الذى يحول هو عدوانه الى الداخل . ويقابل هذا النمط من الشخصية النمط الاكتئابى فى الراشدين وكذلك نوعا من انشغافات السيكيوباتية الاعتمادية .

الشخصية المكفوفة :

الصورة الاكلينيكية : يبدو الطفل في هذه الحالة خجولا ومنعزلا وخائفا من التعبير عن نفسه وعن رغباته ، كما يبدو مترددا وخائفا وقليل بحره ، مبتعدا عن الآخرين ومتشككا فيهم . الا ان حقيقة الأمر غير ذلك فبعد محاولة الاقتراب منه يتضح أنه شديد الجوع والاحتياج الى الآخرين والى عطفهم وأنه ملئ بالدفء والعاطفة ، الا انه يخاف من اظهار ذلك ، ولذلك نجد علاقاته الحميمة أفضل من علاقاته الطارئة ، فهو يفضل الاصدقاء القدامى على المعارف الجدد .

الأسس الدينامية والنشئية : من الناحية الوصفية ، يزداد الفصل بين الغرائز ، فنجد انحب (التعلق) الموجه الى الموضوع الخارجى هو العنصر الغالب وان كان مغلفا بالخوف ويأتالى بالأنطواء ، بينما يكاد يكون العدوان مكبوتا تماما وموجها الى انداخل . ولعل هذه النوعية من التفاعل مع البيئة تمثل تدرجا بين المرحلة الثانية (الشرجية) ومابها من سلبي أو مباشر وبين المرحلة الأولى حيث يغلب الشك والعزلة وينتج عن ذلك انسحاب متزايد من الموضوع مع جوع شديد اليه .

الشخصية المنعزلة :

الصورة الاكلينيكية : تتميز الشخصية هنا ببعض الصفات السابقة (للشخصية المكبوتة) ولكن بدرجة أعمق وأعم ، فصفات الخجل والخوف والكيث لا تزول بسهولة أو مع الاقتراب ولكنها تستمر رغم محاولة الاقتراب . فلا يقف القصور هنا عند حد القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات بل يمتد الى عملية الوعي بهذه المشاعر . أن صفات البرود العاطفى والأنطواء الشديد هي مظاهر خوف شديد لدى الطفل ، وهو يعوض هذا النقص فى الموضوعات الخارجية بخلق موضوعات داخلية خيالية يتعامل معها ، فهو يميل الى الخيال وقد يؤدي ذلك الى تحويل

اهتمامه نلى الفن والقراءة وحب الطبيعة فيهتم بهذه الموضوعات أكثر من اهتمامه بالإنشفاص وتقابل هذه الشخصية الشخصية شبه الفصائية (sluzoid) فى الراشدين •

الأسس الاليناامية والنشونية : أن المبالغة فى هذه الصفات تجعلنا نبحث عن عنصر وراثى وتكوينى فى هذه الحالات ، إلا أنه يمكن افتراض وجود هذا العنصر فى كل الحالات السابقة أيضا ، ويدرجة او بأخرى ، وقد يكون هذا الانطواء الواضح هنا أساسيا ومرتبطا بتكوين عصبى بسفى معين كما يكاد الميل الى تعبير الذات يصل الى دروته ، وذلك بالمعدوان تجاه الذات من أجل الاحتفاظ بحب الآخرين ، إلا أن هذا العدوان يقتل مدرا كبيرا من المشاعر ولا يترك قدرا كافيا من الطاقة الليبيديه يمدن توجيهها الى الغير فتتصف العلاقة بالآخرين بالسلبية والفلو من الانفعال •

إذا عدنا الى مراحل التثبيت فسنجد افتراضا من المرحلة الأولى حيث يحون الطفل شبه متحوصل فى علاقته مع الآخرين • وهو يميل الى استخدام الحين المميزة فى تلك المرحلة : فينكر العالم الخارجى ويستدمج الموضوعات الخارجيه بداخله ويستخدم التخيل بأفراط •

الشخصية المتشككة :

الصورة الاكلينيكية : بالإضافة الى عزلة الشخصية المنعزلة نجد هنا درجة من الشك والعدوان تجاه الآخرين تشبه المصافات البارانونية فى الجبار • ويعمل هذا الطفل الى الاسقاط ولوم الآخرين وكثيرا ما يشعر انهم يغارون منه ويحقدون عليه •

الأسس الاليناامية والنشونية : ترجع هذه الأسس الى بداية المرحلة الثانية ونهاية الأولى ، فهى تجمع بين الانعزال والهجوم على الآخرين ، تكون لدى الطفل القدرة على تحويل عدوانه للخارج لكى يحافظ على درجة من النرجسية ، فهو يميز ذاته ويعتقد أن الآخرين يغارون منه لأنه أفضل منهم •

اضطرابات التوتر والاخراج :

المقصود هنا هو أن الطفل يعاني من توتر نفسي شديد مرتبط بصراع داخلي ولكنه يميل الى اخراج هذا التوتر في صورة فعل موجه الى العالم الخارجي ، أى أنه يميل الى التفعيل : acting-out فيظهر اضطرابه في صورة اضطراب في السلوك .

ولعل هذه الصفة تكثر في الأطفال لأن قدراتهم على تحمل التوتر وتحويل الصراع الى الداخل علاوة على قدراتهم اللغوية تكون محدودة مما يجعلنا نشاهد بعض هذه الاضطرابات السلوكية في أغلب اضطرابات الأطفال النفسية . وإذا أخذنا المتصل بين التوتر والاخراج فسوف نجد على أحد الطرفين حالات العصاب المعروفة حيث يعى الطفل معاناته وعلى الطرف الآخر حالات الاضطرابات السلوكية المخضة حيث لا يشكو الطفل من أعراضه بل يتاتا بل يشكو منه الآخرون .

الا أن ما يميز هذه المجموعة من الاضطرابات هو بروز عنصر الاخراج وان اختافت حدة التوتر المصاحبة له . نستطيع أن نصف طرفين لهذا المتصل وهما الشخصية المندفعة impulsive personality والشخصية العصائية أو عصاب الشخصية

atretic personality; character neurosis

الشخصية المندفعة :

الصورة الاكلينيكية : تتمصف بالميل الى التفعيل أو الاخراج أكثر من ميلها للتوتر ، فالطفل هنا سطحي المشاعر والعلاقات سواء مع الكبار أو مع الأطفال وهو لا يتحمل الاحباط ولا يستطيع التحكم في غرائزه الجنسية أو العدوانية ويميل الى الاثباع الفوري فلا يطبق الانتظار أو التأجيل . وهو أيضا مندفع متسرع ولا يتعب كثيرا بالعواقب ، يفقد بعد النظر ولا يتعلم كثيرا من التجربة ، كما أنه لا يكاد يتأثر بالعقاب أو الجزاء . وقلما يشعر بالندم أو الذنب وإذا شعر بالفشل فهو شعور مؤقت وسطحي .

ونجد من مظاهر هذا الاضطراب السلوك المضاد للمجتمع anti-social behaviour

وهو سلوك يتصف عادة باللاأخلاقية مثل الكذب والسرقة والهروب والاعتداء على الآخرين والنزوع الى التدمير وإيلاف الحيوانات وإشغال الحرائق وغير ذلك .

وتزداد الحالة مع السن حتى سن المراهقة - إذ تكاد تكون أحد المظاهر الطبيعية لهذا السن - إلا أنها تبدأ في التحسن التدريجي بعد ذلك وقد نجدها منتشرة بين الذكور أكثر منها بين الإناث .

الشخصية العصابية :

الصورة الاكلينيكية : وهي شبيهة بالسابقة ظاهريا مع وجود قدر من الصراع الداخلى وبالتالى قدر من الندم والشعور بالذنب ولهذا نجدها ببعض الأعراض العصابية وبعض سمات اضطرابات الشخصية السابق ذكرها فلا يكون السلوك المضطرب هو العادة أو القاعدة ولكنه يظهر مع اجتدام الصراع الداخلى ويكون بمثابة التعبير غير اللفظى عن الأعراض .

الأسس البينامية والنشوءية : اتجهت أبحاث الوراثة الى البحث عن أسباب وراثية لهذه الظاهرة وذلك من واقع المشاهدة أن الذكور أكثر ميلا للعدوان من الإناث وأن هناك علاقة بين الميل للعدوان وتأثير الهرمون الذكري (وخاصة في المرحلة الأولى من العمر) على الجهاز العصبى .

فقد لوحظ في بعض الحالات وجود كروموسوم ذكرى إضافي في

الذكور فالعروف أن الذكر العادى يحمل كروموسومات XY ولكن هناك بعض الحالات تحمل كروموسومات XYY ويكون ذلك مضمحوبا بالتخلف العقلى والسلوك العدوانى وارتفاع في طول القامة . ولكن هذا لا ينطبق على كل حالات اضطراب الشخصية العدوانى . كذلك لوحظ في بعض الحالات الأخرى ارتباط بين هذا الاضطراب وحالات من الصرع ، وقد لوحظت في رسام المخ الكهربائى *electro-encephalograph* بعض الاضطرابات في الموجات الكهربية مشابهة لتلك التى تصدث في حالات الصرع . ولكن هذا أيضا ليس عاما .

فإذا انتقلنا الى العوامل البيئية فقد نجد ارتباطا مع الحرمان المبكر من الامومة وخاصة في حالات الاطفال اللقطاء الذين يفشأون في الملجأ ، الا أن هذا الحرمان لا يؤدي بالضرورة الى تلك الاضطرابات . ومد يكون هذا الحرمان على المستوى العاطفي فقط دون المادى ، ومثل ذلك حين نكون الأم موجودة مع الطفل جسديا الا انها لا تعطيه الدفء العاطفي الحافى وقد يكون ذلك بسبب أنها هي نفسها تفتقد هذا الدفء (فاقدر الشيء لا يعطيه) برغم أن سلوكها قد لا تبدو فيه مظاهر هذا الحرمان — مما يؤدي الى توارث هذا الحرمان ، بمعنى التوارث الحضارى ونيس البيولوجى •

ويأتى التأثير على مكونات الشخصية في صورة افتقار الى تكوين اناء أعلى قوى ، فقد نجده ضعيفا بصفة عامة أو يهر بفترات ضعف تتناوب مع فترات من الضمائه أو قد نجده ناقصا في مواقع معينة كما لو كانت به ثقب • وفي حالة الضعف العام في تكوين الانا الأعلى نجد الصفات المرتبطة بذلك هي انعدام الاحساس بالذنب أو الندم مع عدم التعلم والافتقار الى القدرة على التحكم في الغرائز ، وفي حالة تناوب فترات الضعف مع فترات الصرامة نجد الندم الشديد والمؤقت في نفس الوقت ، وقد يصل في غفه الى حد يبدو فيه الطفل كما لو كان يطلب العقاب ، فهو يرتكب مخالفاته الاخلاقية مع ترك الآثار التي سوف تؤدي الى ضبطه وعقابه • أما في الحالة التي تشبه وجود ثقب في ذلك الانا الأعلى فنجد الطفل سويا في أغلب مظاهر سلوكه ولكنه يرتكب مخالفات مجددة كان يكذب فقط أو يسرق فقط •

كذلك نجد مظاهر لضعف الانا فكثيرا ما يوجد نقص في القدرة على تكوين العلاقات وتقدير المخاطر والتنبيه بالعواقب ، ويبدو الطفل باردا أو قاسيا ومنساقا وراء رغباته على حساب تكييفه • أما الغرائز فتبدو قوية نسبيا ، وذلك بسبب ضعف القوة المضادة لها (الانا الأعلى) وسبب قصور الانا في ترجمة هذه الغرائز الى سلوك

تكيفي وتغلب الغرائز الجنسية أو العدوانية حسب الحالة كما أنها قد تتبادل وتتداخل ، فالطفل العدوانى العنيف مثلا قد يكون مفتقدا للحب (الغريزة الجنسية) فيسمى للحصول على الاهتمام بواسطة سلوكه العنيف الملفت (الغريزة العدوانية) .

أما الوسيلة الدفاعية الغالبة هنا فهي التعميم acting-out وبواسطة تحول الطفل ما كان يمكن في حله العصابى أن يخون صراعا داخليا الى صراع بينه وبين بيئته كما نجد مظاهر لوسيله الانكار denial ما لطفل قد ينكر أعماله علوة على انكاره لما يقوله داخليا ويدفعه الى ارتكاب هذه الاعمال وكلما اتجهنا من الشخصية المندفعة الى الشخصية العصابية ، وجدنا مظاهر أو وسائل دفاعية عصابية مختلفة .

الشخصية المنسفة من المجتمع :
dysocial personality

قد ينشأ الطفل في شق من المجتمع يكون فيه العنف ظاهرة مقبولة بن ضرورة ، ولكن نفس هذا السلوك قد ينظر اليه المجتمع الاخر كانهراف ، أو قد ينشأ في جو ريفى مثلا يؤمن بالسحر « والاعمال » والعفائيت ولكنه في مواجهة المجتمع الاكثر تمدنا يعتبر ضلالى التفكير . في هذه الحالات فان الطفل وان كان يعتبر شاذا بالنسبة للقيم الاجتماعية الغالبة الا أنه يعتبر متوافقا مع مجتمعه المحدود . فالمرض هنا هو مرض المجتمع الاصغر الذى ينتمى اليه اذا ما قورن بالمجتمع الاكبر .

الانحرافات الجنسية :

وصف فرويد الحياة الجنسية في الطفولة المبكرة بأنها حياة متعددة الانحراف polymorphous perverse أى أننا نجد في السلوك الطبيعى للأطفال ما نصفه بالانحرافات الجنسية في الكبار ، ولكن المبالغة في ممارسة أى جانب من هذه المظاهر يعتبر مرضيا كما يجب أن نأخذ في الاعتبار المرحلة التى يمر بها الطفل ، إذ أن مص الاصابع - اذا اعتبرنا

ذلك انحرافا جنسيا أمر منتشر في الطفولة المبكرة وكذلك الاستمناء في المرحلة الثالثة ، بينما تجد في المرحلة الرابعة (الكمون) ميلا نحو الجنسية المثلية مع نفور من الجنس الآخر .
وقد يصل هذا التعلق بأفراد الجنس المماثل الى درجة الممارسة الجنسية اما مع أطفال في نفس السن أو مع أطفال في المرحلة التالية (المراهقة) كمظهر من مظاهر الرغبة في التوحد مع مثل أعلى .
أما في المراهقة فالاستمناء هو المنفذ الاساسي للطاقة الجنسية ويعتبر سويا في هذه المرحلة الا اذا بولغ فيه فيصبح مرضيا ، والعنصر المرضي فيه هو كونه يصبح بديلا عن العلاقات مع الخارج ويعبر عن تفضيل الخيال على الواقع . ولكن الاستمناء ذاته ليس مرضا ولا يؤدي الى مرض .
كما نجد في هذه المرحلة تبدأ بوادر الانحرافات الجنسية التي نراها واضحة في الكبار في الظهور ، مثل السادية والمازوخية واشتهاء الحيوانات وغيرها .

الاسس الدينية والنشوية :

لا تختلف كثيرا عن اضطرابات التوتر والاضراج الا من حيث أن الغريزة الغالبة هنا هي الغريزة الجنسية .

الادمان واضطرابات الشخصية

قد تبدو مشكلة الادمان لاول وهلة مشكلة راشدين في المقام الاول الا أن هناك عوامل تجعلنا نضمها لمشاكل الاطفال منها : أن الظاهرة آخذة في الانتشار بين الشباب والمراهقين وتنتقل منهم تدريجيا الى الصبية ، كما أن جذور المشكلة تبدأ في الطفولة .
والادمان ظاهرة تجمع بين كونها مظهرا من مظاهر اضطراب الشخصية وبين ارتباطها بتأثير كيميائي سام على المخ . وبرغم أن هناك سمات متعددة لانواع مختلفة من اضطرابات الشخصية تلعب دورا في ظاهرة

الاذمان ، الا أن هناك سمات مشتركة في شخصيات المدمنين تجعل للظاهرة أساساً ديناميكية ونشوقية خاصة .

الصورة الاكلينيكية : هي حالة تعلق (تعود ، اعتماد) شديد من جانب الشخص على تناول مادة بغرض أحداث تغيرات نفسية من خلال التأثير الكيميائي على الجهاز العصبي (المخ) وقد تكون لهذه المادة حصية التدخل في التركيب الكيميائي للجسم بحيث لا يستطيع الجسم أن يستغنى عنها بدون التعرض لاضطرابات ما (قد تصل أحيانا لحد الموت) وهنا يطلق اسم الادمان addiction على الحالة (أى التعلق الفسيولوجي العقار) . أما في الحالات الاولى (التعلق) فقد يتميز بعضها بنفس الدوافع والديناميات التي تؤدي الى الادمان . ولذلك نستطيع أن نصف الظاهرة ككل تحت عنوان « الادمان » بالمعنى العضوى والنفسى على السواء ، وأن كان اللفظ المفضل حديثا هو الاعتماد على العقار drug dependance . ونستطيع أن نصف الصورة الاكلينيكية من جهتين :

الاولى : من جهة الآثار النفسية والجسمية لمفعول العقار الكيميائي والتي تتوقف على الخواص السيكوفارماكولوجية للعقار .

الثانية : من جهة التكوين النفسى لشخصية المدمن .

وقد صنفنا العقاقير في الجدول بوضع أكثر العقاقير في الادمان .

العضوى من اليمين لليسار (في مجموعات وليس بترتيب العقارات نفسها)

وزيادة شدة المفعول في اتجاه أسفل الجدول . فمثلا المسكنات لها صفة

شدة الادمان العضوى عليها مع شدة المفعول ، وتليها مجموعة التومات

واللهثات ثم الكحول فالمخدرات العضوية وهكذا . نلاحظ أنه مع شدة

المفعول تزداد حدة حدوث الادمان الا أنه يكون سريع الزوال . مثلا في

حالة المسكنات يحدث الادمان بسرعة ولكنه في المقابل يزول بسرعة

بالمقارنة مع المهدئات والكحول . كذلك في الادمان النفسى نجد أنه رغم

حدة مفعول حامض الليسيريك الا أننا نلما نجد ظاهرة شدة التعلق به

على عكس الحشيش مثلا . ولنتناول الآن مجموعات العقاقير :

(١) **المهبطات** : وهى العقاقير التى تسبب خمودا فى نشاط خلايا المخ بدءا بخلايا القشرة المخية التى تقوم بالعمليات الدقيقة والمتطورة . ويبدأ المغنوك بنشاط ظاهر للشخص نتيجة لاضعاف القدرة على التحكم

أولا : عقاقير الانمان : يمكن وصفها حسب الجدول التالى : —

Psycholytic مخلات	Stimulants منبهات	Depressants مهبطات
١ - جوزة الطيب Nutmeg	١ - الزانثين Xanthine الكافيين Caffeine	١ - المذيبات العضوية Organic solvents
٢ - كونفولفولين Convolvuline	٢ - المنشطات السميتاوية Sympathetic stimulants	أسيتون Acetone بنزين Benzene
٣ - القنب Cannabis المارجوانا Marijuana الحشيش Hashish البانجو Bango	إفدرين Ephedrine	إثير Ether ٢ - الكحول Alcohol
١ - المسكاليين Mescaline	١ - الامفيتامين Amphetamine	النومات والمهثئات Hypnotics and sedatives الباربيتورات Barbiturates
٢ - السيلوسايبين Psilocybine	مفدرين Benzedrine بنزدرين Dextroline دكسدرين	٢ النومات المصنعة Synthetic hypnotics ميثاكوالون Methaqualone
٣ - الدايميثيل تريبتامين Dimethyl-tryptamine	٢ - متنوعة ميثيل فنيديات (ريتالين) Methyl — phenidate (Ritalin)	جلوتيثيميد Glutethimide ٣ - المهثئات الصغيرة Minor tranquilizers مبروباميت Meprobarbital ديازيبينات (ليمريوم Diazepam (فاليوم
١ - ل . س . د ٢٥ L. S. D. 25 (حامض الليسرجيك) ٢ - س . ت . ب S. T. P.	١ - كوكاين Cocaine	المسكنات Analgics ١ - الأفيون ومشتقاته Opium ٢ - المسكنات المصنعة Stimulants ميثادون ، بيتيدين methadon, pethidine

من قبل المراكز العليا على المراكز السفلى من المخ ، ولكن مع زيادة المفعول يحدث هبوط في كل المراكز من أعلى إلى أسفل وقد يصل إلى درجة الغيبوبة ثم الوفاة . وهذه العقاقير تسبب ادمانا عضويا سريعا (أسفدها أسفل الجدول في المسكنات بينما المذيبات العضوية في أعلى الجدول تكاد تكون بلا ادمان عضوي) كما أن الأخيرة تصيب خلايا المخ بالضرر ، وهي أكثر انتشارا بين الكبار باستثناء المذيبات العضوية التي تكاد تكون مقصورة على الصبية والشباب .

(ب) المنبهات : وهي العقاقير التي تنشط خلايا المخ بادية بالفترة المخية وتؤدي إلى نشاط ظاهر وحدة في الانتباه والادراك ، ثم إلى هياج وارتباك وهلاوس ، ثم إلى تشنجات وقد تؤدي بعدئذ للوفاة . وهي وإن تكاد تكون عديمة التسبب في ادمان العضوي إلا أن ادمان النفس عليها سريع نظرا لحالة النشوة التي تنتج عنها . وبعد انتهاء مفعول العقار من هذه المجموعة يحدث هبوط معاكس يؤدي إلى الاحتياج لزيادة الجرعة . وهذه العقاقير تزداد انتشارا بين الطلبة والحرفيين والذين يقومون بأعمال مملة مثل القيادة لمسافات طويلة .

(ج) المحللات النفسية : psycholytic drugs (. وهناك

تسميات أخرى أقل دقة مثل المهلوسات hallucinogens ومحاكيات الجنون psychotomimetic وموسعات الوعي psychedelc وهي عقاقير تيسر الاتصالات بين خلايا المخ مما يؤدي إلى إثراء في الادراك الحسي perception والتذكرات والتخيلات والتي نادرا ما تصل إلى حد الهلاوس) قد تصل إلى درجة الارتباك الشديد وحالة شبيهة بالجنون وهي لا تسبب ادمانا عضويا كما أن الاثمان النفسى عليها محدود نسبيا .
تنتشر هذه المجموعة من العقاقير بين شباب الغرب لعدة أسباب منها رفض الانماط الاجتماعية السائدة للادمان (الكحول) والبحث عن بدائل

أقل ضرراً (الحشيش مثلاً) والافتتان بالشرق والبحث عن الخبرات الفنية وشبه الصوفية . وهذا عكس الحالة عندنا حيث يمثل أحد عقاقير هذه المجموعة (وهو الحشيش) العقار الشعبي السائد للادمان ، وإن كانت الطبقات الاجتماعية المتوسطة والعليا والتي تسير في الركاب الحضارى للغرب تميل إلى الكحول (رغم الحظر الدينى المصرح) .

شخصية المدمن :

تتصف شخصية المدمن ببعض الصفات المشتركة رغم الاختلافات الكثيرة فى أنماط الادمان ومن هذه الصفات :

(أ) النزوع إلى الأشباع الفورى بشدة : أن الطريقة الكيميائية لتغيير حالة الوعي هى أسرع طريقة لاهداث الاثر المطلوب فالمدمن يبحث عن متعة فورية ولا يستطيع التأجيل أو الانتظار .

(ب) البحث عن الأشباع القمى : يريد المدمن أن يأخذ موضوعه ، وهو هنا المقار - بداخله ، انه يدخله من خلال فمه ، أو يستخدم الوسيلة النفسية الفنية وهى الاستدماج لادخاله فى حالة ما اذا استخدم مدخلا آخر مثل الحقن أو الاستنشاق .

(ج) الاعتمادية : لا يريد المدمن أن يبذل جهداً أو يسلك طريقاً صعباً وهو يتعامل مع المقار كما يتعامل الطفل مع امه فيلجأ اليه عند كل صعوبة .

(د) الانطوائية : بدلاً من مواجهة الواقع فإن المدمن يلجأ للمقار عند أى احباط الامر الذى يسهل عملية انسحابه الى عالم خيالى ذاتى .

(هـ) المازوخية والعذوانية السلبية : أو الميل إلى تغيير الذات وتوجيه العدوان ضدها بدلاً من تغيير الموضوع أو العالم الخارجى ، وذلك

بهدف التكيف • فالمعقار يحدث تغييرا في الوعي كبديل للتغيير المطلوب
احدائه في الواقع ، علاوة على ذلك فان هذا التغيير كثيرا ما يرتبط بعملية
الايذاء الذاتى •

الاسس الدينامية والنشوءية : ترجع الصفات الاساسية في الادمان
كما وصفناها: في المظاهر الاكلينيكية الى المرحلة الاولى في الطفولة ،
فالنزعات الفمية واضحة مثل الانسباج الفورى والانسباج الفمى •
والاعتمادية ، هذا مع العلم بأن المراحل التالية أيضا تؤثر على الصورة
الاكلينيكية ، فالذهانى والعصابى وصاحب الشخصية المضطربة قد يلجئون
أيضا الى تناول العقاقير كمحاولة اخيرة للعلاج الذاتى ، كما يترك المعقار
أيضا بصمات على شكل الصورة الاكلينيكية •

وقد تكون هناك عوامل وراثية تؤهل الطفل للادمان أو على الأقل
أو يثير الفرائز ضده ، إذ أنه في بعض الاحيان لا يسمح المدمن لنفسه
بالتعبير الغريزى الا بمعونة المعقار ومن خلال تأثيره •

كما أنه ربما يسعى المدمن الى المعقار كنوع من الجنون المقتن
ولذلك يحتاج المدمن الى عقار « يذيب » الانا الاعلى أو يخفف من وطأته
(في صورة الجنون المستمر) • وقد يتسم الانا الاعلى بالافراط في
التحكم والصرامة ، ولذلك يحتاج المدمن الى عقار « يذيب » الانا الاعلى
أو يخفف من وطأته ويثير الفرائز ضده ، إذ انه في بعض الاحيان
لا يسمح المدمن لنفسه بالتعبير الغريزى الا بمعونة المعقار ومن خلال
تأثيره •

الفصل السابع

الاضطرابات الذهانية

لم يكن الذهان في الاطفال موضع اهتمام لعدة أسباب منها قلّة الاهتمام بالطب النفسي للاطفال عامة ومنها أن الذهان بمعنى فقدان الاتصال بالواقع والنكوص الى مواقف طفلية مبكرة والضعف في قدرة الانا على التكيف انما هو متداخل مع خصائص طبيعية في المراحل الاولى مما لا يستدعي الانتباه . ونضيف أيضا أن القصور في لغة الطفل وفكره يجد من وضوح الاعراض . الا أنه مع ازدياد الاهتمام بالاطفال وصف البعض حالات ذهانية مرضية بينما وصف آخرون الحياة شبه الذهانية للاطفال خاصة في الشهور الاولى . كما أن سلوك الطفل أصبح لغة أقرب للفهم مما مضى ومن خلال ذلك الوضوح نستطيع أن نحدد مرضه .

ولعل من أهم مظاهر الذهان في الطفولة السلوك النكوصي الذي لا يلائم المرحلة التي وصل اليها الطفل لعلاقته بالواقع تصبح مضطربة وقدرته على تكوين علاقات مع الآخرين محدودة كما يصبح نموه العاطفي مضطربا وتفكيره بدائيا ، وهي كلها مظاهر لاضطراب اساسي في وظائف الانا مضاف اليها نقص في القدرة على تكوين الابجأس مثلما يحدث في الكبار . اذا أضفنا الى ذلك أن مظاهر الاضطراب سوف تتأثر بالمراحل والصراعات التي يمر بها الطفل فقد نجد مظاهر الاضطراب في الشهور الاولى تدور حول الوظائف الحيوية مثل الاكل والنوم بينما في المرحلة الثانية نجدها تدور حول عملية الاستقلال عن الام وهكذا .

وسوف نقصر الوصف في هذا الفصل على الذهان الوظيفي الذي ينشأ بدون سبب عضوي ظاهر .

ويمكن تصنيفه كالآتى :

١ — ذهان الطفولة المبكرة •

antislatic psychosis

(أ) الذهان الذاتوى

ymbiotic psychosis

(ب) الذهان التكافلى

٢ — ذهان الطفولة المتأخرة •

schizophreniform

(أ) الذهان الفصامى الشكل

(ب) أصناف أخرى

٣ — ذهان المراهقة •

(acute confusional state)

(أ) حالات الارتباك الحادة

(ب) الفصام

(ج) أصناف أخىرى

أما الذهان الذى ينتج عن أمراض عضوية بالمخ فيسوف نصفه فى
مصل آخر •

• الذهان الذاتوى

cally infantile antiern

ويعرف أيضاً بالذاتوية الطفلية المبكرة

هذه الحالة فى ١٩٤٣

Kanner

وقد وصفه كانر

وأساسها أن الطفل بادرى ذى بدء لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى
مع الآخرين على غير جالات الفصام حيث يكون الطفل قد كون علاقاته
ثم انتكس • وهى أعراض وان كانت تبدو جزءا من طبيعة الطفل فى
شهوره الاولى الا أنها مبالغ فيها وهى على أية حال لا تشد الاهتمام الا
حينما يبدأ الطفل فى النمو ويتضح الفرق بينه وبين الأطفال الآخرين بل على
المعكس فان ظهور هذه الاعراض فى الشهور الاولى قد يأخذ صورة الهدوء
المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف
الغرباء وان كان لا يصادقهم •

وتزداد الاعراض وضوحا بعد العام الاول فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذه السن ، إلا أن الطفل الذاتوى ينغلق على نفسه ولا تظهر لديه حاجة للاتصال بالآخرين ، فيصبح استخدامه للغة بالتالى غير ضرورى ، ومن ثم فانه يتأخر في استخدام اللغة وإذا تعلمها : فكتيرا ما تجد فيها مظاهر الاضطراب كان يكرر الطفل كلمات أو جمل أو قد يردد ما يقال له (المصاداة) أو يكرر الكلمة النهائية في كل جملة . وقد يخلط بين معانى الكلمات ويخطئ في تسمية الاشياء رغم انه قد يتعرف على الاشياء ذاتها . ومع هذا فقد يجيد التعبير بوسائل أخرى غير منتظمة مثل الموسيقى والرسم .

وإذا كن الكلام يمثل جانبا من وسائل الاتصال بالآخرين فان السمع يمثل جانبا آخر . وهنا أيضا قد نجد مظاهر الاضطراب في انغلاق الطفل على ذاته بدرجة قد تجعله يبدو كما لو كان لا يسمع الآخرين وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل .

وينطبق هذا على وسائل الادراك الأخرى مثل النظر واللمس وانتدوق فهو يميل الى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يوزع نظره على الاشياء دون تركيز فقد يرى اشياء على اطراف مجاله النظرى وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الاشياء وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (مثلا الرقص) .

وعلى مستوى السلوك الحركى نجد بعض الحركات الغريبة مثللى الاصابع والاذرع وكذلك الاهتزاز وخط الرأس ولكن الغالب هو الحركات التى بواسطتها يبدو أن الطفل يسمى للتلاصق مع بيئته والتصرف عليها فهو لا يحس الاشياء والاشخاص الا اذا تعامل معها جسديا وحركها وربتها وكذلك لا يطبق التجديد والتغيير .

في مجال المزاج فان البرود العاطفى هو العنصر المميز . ولكننا قد نجد انفعالات مبالغ فيها ولا تتفق مع الموقف فقد يخاف لسبب تافه . مع هذه الاضطرابات الادراكية والحركية والمزاجية فان تصور الجسد لدى الطفل لا بد وان يتأثر .

وكذلك سوف يتأثر النمو وفي هذه الحالة قد ينمو الطفل في مجالات معينة نستطيع أن نقول أنها للحالات التي يقل فيها العامل الانساني اذ أن علاقاته بالاشياء تكون أفضل من علاقاته بالاشخاص .

ويمكن وصف السلوك المرتبط بهذه الاضطرابات بأنه سلوك ذاتوى وهو الاطراف في الانطواء والانعزال والضعف في العلاقات مع الآخرين .

وفي التشخيص الفارقى لهذا الاضطراب لا بد أن نميزه عن غيره مما يمكن أن يختلط به ، فمثلا السلوك الذاتوى يعتبر طبيعيا في مرحلته في الشهور الاولى وقد تبقى منه بعض البواقي فيما بعد سرعان ما تزول مع الزمن . أما اضطرابات الادراك والاحساس الاولى مثل المعى والتسم فقد تكون مصحوبة بسلوك ذاتوى أو قد تتشابه نتائجها معه .

وكذلك في بعض حالات الافازيا النفسوية حيث هناك اضطراب في الكلام .

وأخيرا فلا بد من التفرقة من التخلف العقلى حيث يتأخر الطفل أيضا في الكلام والتعامل مع البيئة .

الاسس النفسوية والدينامية . اذا كان السلوك الذاتوى هو جوهر ما يميز هذا الذهان ويبدو كل ما عداه ثانويا ، الا ان تحديد السبب والنتيجة يكاد تقترب من المشكلة الفلسفية . فقد نتساءل هل اضطراب الادراك هو الذى يؤدى الى السلوك الذاتوى أو العكس ، أن الانعزال وفقدان القدرة على تكوين العلاقات هو الذى يؤدى الى اضطراب الادراك . ولعل الابحاث العضوية في الحالات الواضحة المصابة بهذا المرض اظهرت بعض الفواص العضوية التى قد نستطيع أن نرجع اليها المرض ، الا أن السؤال سوف يبقى بالنسبة للحالات غير الواضحة والبنية أى الى أى مدى يرجع اضطربها الى أساس عضوى أو بيئى؟ ولعل الجواب يتوقف على ظروف كل حالة على حدة ، الا أن هناك مشاهدات مثل ظهور المرض في سن مبكرة وانتشاره بين الذكور اكثر منه بين الاناث ووجود مضاعفات في الحمل والولادة في تاريخ هؤلاء الاطفال ترجح العامل العضوى ، على الاقل في الحالات الشديدة أو التى تبدو فيها العوامل البيئية واضحة .

ومن محاولات التفسير العضوي وجود الخلل في المناطق الترابطية association areas في الفص المسيطر للمخ (اليسر) وكذلك

وجود خلل في التشكيل الشبكي reticular Formation ومن العوامل البيئية نجد أن هناك ميلا لحدوث المرض في الشقيق الأكبر كما أن الإيويين عادة من المستوى الثقافي والذكاء فوق المتوسط مع وجود ميل وسواسية قهرية في شخصيتهما من برود وجمود عاطفي وميل إلى الحقلانية .

ألا أن هناك أهمية لدراسة هذا المرض تأتي من أنها تلقى الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي المرحلة الذاتية ، مع فرق أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما الطفل المريض يثبت عندها . كما أننا نستطيع أن نرى الانكوص إلى هذه المرحلة يحدث في مرضى الفصام مع الفرق أن مريض الفصام قد تخطى جزئيا مرحلة الذاتية واستطاع تكوين بعض العلاقات مع الواقع ثم عاد بالانكوص إلى تلك المرحلة أخذا معه بعض خصائص المراحل المتقدمة .

كما يجب أن نأخذ في الاعتبار العلاقة اندائرية بين العوامل العضوية والبيئية فالطفل الذي يولد بعيول ذاتية قد يستغنى عنه لتعامله بالتالي معاملة خاصة ومميزة عن باقي أخوته مما قد ينمي فيه ظواهر المرض .

الذهان الكلي :

وصفت ماهر Mehlman مراحل الطفولة المبكرة بإدئة بالمرحلة الذاتية حيث لا يفرق الطفل بين الذات والموضوع ويعتبر نفسه جزءا من الكون والكون جزءا منه . ويرتبط ذلك بانعدام قدرته على التعرف على حدوده لأن ذلك التعرف أمر يتطلب درجة من النضج في الجهاز العصبي يجعله يفرق بين إحاسيسه الداخلية والذاتية viscerosception, Proprioception وإحاسيسه الخارجية exteroception . ومع نضوجه وبداية تكوينه لتصوير جسده body image وهو نواة لتصوير

الذات ، فانه يمر بمرحلة يكون لذاته وجود مرتبط بوجود آخر ، فالعالم الخارجى وان كان قد أصبح مُميّزا الى حد ما عن الذات الا انه مازال ينظر اليه كامتداد للذات • والعلاقة بين الطفل والعالم الخارجى (وهو أساسا أمه فى هذه المرحلة) هى اقرب الى العلاقة التكافلية فلاغنى لكل من الطرفين عن الآخر • وسميت هذه المرحلة **بالمرحلة التكافلية** *symbiotic* أى أنه رغم وجود مظاهر للازادة المستقلة والكيان المنفصل الا أن عناصرها لم تكتمل بعد ومازال الطفل غير قادر على ممارسة وجوده دون أمه • وهذه المرحلة تعتبر تدرجا وانتقالا الى المرحلة التنى تليها وأن كانت هذه تستمر الى مالا نهاية فى سبيل الاكتمال وهى مرحلة الانفصال والتفرد

(separation — individuation)

وكما يمثل الذهان الذاتوى المبلغة المرضية للمرحلة الذاتوية فإن الذهان الكلى يمثل المبلغة المرضية للمرحلة التكافلية • وطالما يعيش الطفل هذه المرحلة فى أوائها فليست هناك مشكلة ولكن المشكلة تظهر حينما يكون الطفل مطالباً بالنمو والاستقلال فى صورة الانفصال عن أمه والتفرد بذاته ويقاوم هذا النمو أو يفشل فيه والاعراض المرضية التى تظهر نصف تشخيصية بتلك المرحلة ورغبته فى العودة اليها •

الصورة الاكلينيكية : عادة يكون الطفل بين الثانية والرابعة (وهى السن التى يبدأ فيها تحدى الانفصال والاستقلال عن الأم) ويصبح تسديد الارتباط بأمه ويخاف انفصالها عنه وينفعل بشدة اذا ما تركته فهو لا يملك القدرة على تحمل الاحباط طويلا •

ويظهر ذلك فى فشله فى ممارسة أى انجاز نحو الاستقلال مثل محاولات المشى أو الكلام ، فانه يبكى بشدة ويفتنع عن المحاولة خوفا من الخطأ وهو على خلاف الطفل الذاتوى قد ينجح فى تكوين علاقة مسع آخر الا أنها علاقة كفلية تتعذى وظيفتها فى مساعدة الطفل على النمو بل تعيق نموه وتجمله يخافه التعلم والاستقلال والمبادرة • ولذلك نجد الانفصالات مبالغاً فيها فقد يبدو أن الطفل مضطرب لانه وذائقه بينما حقيقة

الامر أنه متعلق بها، ويخاف الانفصال عنها • وقد يصل هذا الخوف من الانفصال الى درجة الرعب الذى يأخذ صورة البكاء الشديد والتشنج والغضب الامر الذى يؤدى الى فشل الطفل فى تكوين علاقات مع آخرين غير أمه ومن ثم فقد يقاوم الذهاب الى المدرسة (وقد نجد هذه الظاهرة وهذا كصورة اكلينيكية وهى رهاب المدرسة ، () أو قد ينتكس فى نواح أخرى من نموه كأن يعود لفقدان التحكم فى مفارجه (التبول والتبرز فلا ارادى) ، كما انه قد يستعيز عن علاقاته بالآخرين بأن يعود الى تفكير بدائى فيتعامل مع الاشياء كما لو كانت اشخاصا ويتخيل اشخاصا واصواتا واحدا لا وجود لها فى الواقع ، ومن هنا قد تبدو الحالة سببية بالفصام فى الراشد بما فيه من هلاوس وضلالات بل أننا نستطيع أن نجد شتى الاعراض العصائية تظهر على السطح بينما جوهر المرض هو هذا الذهان التكاملى •

الأسس الدينامية والنشوءية :- مثل الذهان الذاتوى نجسد أن الانسج العصبية فى تفاعل مع المؤثرات البيئية تؤدى الى الصورة النهائية للاضطراب الا أن العلاقة التكافلية علاقة تشمل جانبى الطفل والام — كلاهما يعتمد على الآخر •

ومن هنا فقد اتجهت الانظار الى دور الام كعنصر مسبب للاضطراب هنا أكثر مما هو الحال فى حالة الذهان الذاتوى • فالتكافلية فى الام تأخذ صورة اعتماد الام على اعتمادية الطفل عليها ، فهى لا تشعر بقيمتها الا من حيث أنها أم لهذا الطفل الذى لا يستطيع ان يحنيا بدوتها • فمهما كانت شكواها الظاهرية من ان الطفل يلتصق بها ولا يعتمد على نفسه الا أننا سوف نجد أنها بصورة غير معلنة تجد ما يملأ حياتها من جراء هذه الاعتمادية من جانب الطفل • فقد تكون زوجة تركت عملها وانشغل عنها زوجها بعمله أو كبر أبنائها الآخرون فوجدت نفسها فى فراغ وأصبح وجودها يتركز حول دورها كراعية لذلك الطفل المريض الذى يحتاجها • وقد يكون الطفل كما اشرنا مهيبا بتكوينه الوراثى الانطوائى الى الايمان

الا في كنف أمه • وبين استعداد الأم واحتياجها واستعداد الطفل واحتياجه تنشأ العلاقة التكافلية •

ان مثل هذه العلاقة التكافلية من الجانبين كما اشرنا مرحلة طبيعية في نمو الطفل وضرورية لنموه فانطلق من الناحية الواقعية يحتاج الى أمه والام من جانب آخر — وربما بشكل أقل وضوحا — تحتاج الى الطفل (فهو بالنسبة لها ليس مجرد أحد عناصر زينة الحياة الدنيا ولكنه ضرورة اقتصادية واجتماعية ونفسية بل وفسيولوجية ، أى أنه يمثل المثل أيضا بالاضافة الى البنين) الا أن الذى يحول هذه العلاقة الى علاقة مرضية هو استمرارها بعد أن تؤدي وظيفتها التكيفية أو وجودها بصورة مبالغ فيها • فالمفروض أن يبدأ الطفل في ممارسة استقلاله بعد أن استطاع ان يؤكد في المرحلة انثانية قدراته على ممارسة ارادته فينتقل باستقلاله هذا الى ممارسته في المرحلة الثالثة من أجل المبادرة في التفاعل مع البيئة •

ان تكوين الانا هنا افضل منه في حالة الذهان الذاتوى اذ أن الطفل يمارس درجة من الصلة بالواقع ويستطيع أن يكون علاقات مع الآخرين رغم انها علاقات مرضية • وأحيانا يفقد الانا الصلة بالواقع والآخرين وتفقد السيطرة على الغرائز وهنا يلجأ الطفل الى الوسائل الدفاعية المختلفة وعند الاتيهار التام فانها تتحول الى وسائل دفاعية ذهانية كالانكار والاسقاط والاستدماج وكذلك يفقد القدرة على الحكم على الواقع ويخلط بين الواقع والخيال ويفقد القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة ويلجأ الى تثبيت البيئة ، ونرى فقدان السيطرة على الغرائز في حدوث نوبات من الغضب والصراخ والبكاء تتبادل مع الانطواء فوجود علاقة بالموضوع يعطى مجالا لخروج الغرائز نحو ذلك الموضوع بدلا من الانطواء التام وتحويلها بصفة مستمرة الى الداخل •

الفصل الثامن

الاضطرابات النفسية الجسمية

شهد الطب حديثاً تصحيحاً لمفهومه التقليدي للمرض اذ بعد أن صار محور الطب جسد الانسان متجاهلاً العوامل البيئية المختلفة التي تؤثر فيه عاد لنؤكد أهمية تلك العوامل . ومن هنا نشأ الاتجاه النفسي انجسيمي والذي اتخذ شكلاً آخر وهو الاتجاه الكلي للشخص (whole-person psychosomatic approach) في الطب وهنا يكون التعامل مع الانسان ككل متكامل شاملاً الجسم والنفس . وهو اطار يشمل جميع الامراض اذ لا يعقل ان يكون هناك مرض بدون مريض ، والمريض انسان يتاثر بما حوله ويؤثر فيه . ومرضه حتى ولو كان جسدياً بحثاً الا انه يتاثر بنفسية ، ويؤثر عليها . ولكن هناك بعض الامراض تتميز عن غيرها بان العوامل المسببة والمرسبة لها يغلب عليها الطابع النفسي وترتبط بالحالة الوجدانية للفرد ، ومن امثلة هذه الامراض بالتحديد حالات الربو والحساسية والقرحة وغيرها وقد عرفت هذه الامراض بالتحديد بالامراض النفسية الجسمية . الا أن تأثير انفس على الجسم يحدث بوضوح في حالات الهستيريا التحويلية مع فارق ان التحول في الهستيريا يحدث بواسطة الجهاز العصبي الارادي وهو اساساً اضطراب في التحكم في الجسد بواسطة ذلك الجهاز ، فلا توجد تغيرات عضوية ظاهرة في الاجهزة المريضة ولكن التغيرات اساساً وظيفية . بينما في الامراض النفسية الجسمية فان الجهاز العصبي الذي يؤدي الى الاضطراب هو الجهاز العصبي اللارادي أو الذاتي

autonomic الذى يؤدى وظيفة التعبير الجسدى عن الانفعال .
 أى أن مصدر الاضطراب هنا هو تراكم آثار الاثارة المستمرة لهذا
 الجهاز وما يؤدى اليه من تغيرات فى الجسد . فالامراض النفسية
 الجسمية تختلف عن الهستيريا التحولية بوجود تغيرات عضوية
 (وليست مجرد وظيفية) رغم ان أسبابها نفسية فى المقام الاول .

العنصر الثانى المميز للامراض النفسية الجسمية هو أنها قلما تكون
 لها دلالة رمزية كبديل مباشر لرغبة سطحية مكبوتة مثلما هو الحال فى
 الهستيريا . وإنما هى تعبير انفعالى مزمن وبدائى عن رغبات عميقة .
 فالامراض النفسية الجسمية من الناحية النشؤانية الدينامية إنما هى
 اقرب الى حالات الذهان منها الى العصاب بقدر ما هى تعبير عن صراع
 على مستوى مبكر .

ولعلها تمثل لغة جسدية بدائية وقبل لفظية حينما كان الانفعال لدى
 الطفل يأخذ صورة الاستجابات الجسدية . ولعل هذا يلقى بعض الضوء
 على انتشار الامراض النفسية الجسمية بين من لا يميلون الى التعبير
 اللفظى أو الحركى عن انفعالاتهم بل يستخدمون لغة الجسد البدائية
 علاوة على ميلهم لتحويل الانفعال الى الداخل بدلا من البيئة .

الانفعال والجسد :

ان الانفعال استجابة شاملة للكائن الحي ازاء مواقف بيئية مثيرة
 تدعو لتفاعل الكائن معها وقد يكون هذا التفاعل تدميريا : يأخذ صورة الهرب
 أو القتال fight — flight ويستخدم فيها الجهاز
 العصبى السمبتاوى مع تغليب هورمون الادرينالين فى حالة الصوف
 وهورمون النورادرينالين فى حالة الغضب . ولعل هذا المتصل من
 الانفعالات يعبر عن النزعات العدوانية أو التدميرية (غريزة الموت لدى
 فرويد) .

أو قد يكون الانفعال بهدف الادماج والبناء كما يحدث في هضم الطعام أو الالتحام الجنسي وهنا تكون الغلبة للجهاز العصبى الباراسيمبتاوى ويفوز فيه هرمون الاستيل كولين acetyl choline وان كان افرازه محليا وعند اطراف الاعصاب وليس من الغدد الصماء في الدورة الدموية • ولعل هذا الجانب من الانفعال يعبر عن الغرائز الليمبية عند فرويد •

الا ان هذا الفصل مصطنع والذي يحدث في الطبيعة هتعاون وتكامل بين الجهازين وبين المجموعتين من الغرائز • فالطعام لكى يؤكل ويضم لابد ان يسبقه عملية قتل كائن حي آخر (نباتا كان أو حيوانا بل وانسانا بقدر ما يحدث التنافس على غذاء محدود كما هو الحال في مجتمعاتنا المتحضرة) • كما ان اللقاء الجنسي لكى يتم لابد من ان تسبقه عملية تنافس بل وصراع بين افراد الجنس الواحد من أجل الحصول على الطرف الآخر بل انه لابد من درجة من العدوانية من أجل انجاح الممارسة الجنسية ذاتها مع الجنس الآخر • وربما يدل على ذلك ان التغيرات الفسيولوجية التى تحدث في اللقاء الجنسي تكاد تكون مشابهة لمثيلتها في العدوان • كما انه في كلتا الحالتين فان نهائية اللقاء (الجنسي أو العدوانى) هى حالة من الاسترخاء والنوم وهما من وظائف الجهاز العصبى الباراسيمبتاوى • كما أن اللقاءات الجنسية كثيرا ما تكون امتع بعد خلاف وكما يقال « لا محبة الا بعد عداوة » ، ومن جانب ممارسة الغرائز العدوانية فهى أيضا لا تخلو من آثار نقيضها فالكائن الحى قلما يعتدى على كائن لا يحبه بشكل أو بآخر فالحيوان المفترس يقتل ما يشتبه بههدف أكله أو ينافسه على أكله • وفى الانسان فان أغلب المشاجرات بل وجرائم القتل تحدث بين الأقارب والأصدقاء •

ولعل هذا التناسق الفسيولوجى بين شتى الجهاز العصبى اللارادى أى السيمبتاوى والباراسيمبتاوى يقابل ما يعرفه في التحليل النفسى

بإتحام الغرائز fusion of drives وهو حال مقابل للصحة النفسية وانعدام الصراع الداخلى • بينما الحال المقابل للمرض النفسى يكون فيه صراع بين الجانبين مما قد يؤدى الى كبت جانب دوناً عن آخر أو كبت الجانبين بدرجات مختلفة •

ولعل هناك اختلافات أساسية فى أنماط الاستجابة لدى الجهاز العصبى أسوة بالاختلافات الأساسية التى وجدها ايزنك Eysenck بين الانبساطيين والانطوائيين فيما يتعلق بسهولة التعليم الشرطى وكذلك فى ميلهم لأنماط مختلفة فى الاستجابات المرضية •

ويتم التناسق بين الجانبين على مستوى المراكز العليا فى الجهاز العصبى المركزى وهى أساساً فى المنطقة تحت السيرير البصرية hypothalamic ومن خلاله يحدث التناسق مع الغدة النخامية بواسطة اتصالات عصبية وكذلك اتصالات كيميائية عن طريق دورة دموية محلية • وبالمعنى درجة أعلى فإن السيطرة تأتى من ذلك الجزء من المخ الذى يعرف بالفص المخي الشسمى rhinencephalon ويشمل الـ limbic system وهو يعتبر مركز الوعي الانفعالى • وهو بدوره يتأثر بالمراكز العليا فى القشرة المخية والمخ •

الا أن الانسان ككائن متطور لا يستجيب للمواقف المفيرة بمجرد الانفعال ولكنه يدخل عنصر التفكير وتقييم الواقع (وهو من وظائف الانا) ومع زيادة تحضره فإن مثل هذا البعد فى النظر يشمل الأخذ فى الاعتبار مواقف الأفراد الآخرين الذين يكونون المجتمع الذى ينتمى اليه (وهنا تنشأ وظائف الانا الأعلى) وفى كلتا الحالتين فهو يؤجل أو يضع الاستجابة الانفعالية المباشرة للمواقف بقصد الحفاظ على أمنه وسلامته فى الأمد الطويل وتجنب المخاطر والحصول على مزايا الغريزية • الا أن هذا الفاصل الزمنى بين الاستجابة الانفعالية وبين ممارسة الرغبة وتحقيقها

هو ذاته الذى قد يؤدى الى انشقاق الانسان على نفسه فينشأ الصراع بين هذين الجانبين الغريزة (الهو) من جانب والاجهزة العليا فى المخ التى تقابل الانا الأعلى من جانب آخر . والصحة النفسية مرة أخرى تقابل الليل لانعدام الصراع الداخلى بين الجانبين وذلك بواسطة عملها فى تناسق وتناغم ، فاذا تغلب جانب على آخر فان السلوك الناتج يصبح سلوكا مرضيا طالما ان الجانب المغلوب على أمره يسعى للظهور بشكل ما مما يؤدى الى استمرار الصراع بين الجانبين ويحد من قدرة التكيف وهذا هو السلوك الذى نتعارف عليه بنانه مرضى .

الانفعال فى الانسان هو خبرة متكاملة تشمل جميع مستويات الوجود الانسانى وهو فى مواجهة مثيرات فى البيئة الخارجية بادية بأطراف الجسد ثم صاعدة الى مستويات جهازه العصبى والنفسى الى أعلى درجاته وهو بهذا المعنى خبرة تكيفية تؤدى الى الحد الأقصى من التفاعل بين الانسان وبيئته . فاذا لم تكتمل الخبرة بجميع جوانبها فان ما ينتج هو حالة من الفائض للطاقة تسمى الى الاستكمال closure (بالمعنى الجشطالطى) . والانفعال يقابل نفسيا حالة الاحباط أو الجوع والبلى تعبر عن وجود رغبة فى مقابل رغبة مضادة أو عقبة موضوعية تعترض اشباع هذه الرغبة .

لعلنا نستطيع أن نفترض هنا أن الذى يحدث فى المرض النفسى الجسمى هو تراكم للانفعال على المستوى الجسدى دون أن يصعد الى النوعى ويتبلور فى مفاهيم والفاظ علاوة على أنه لم يكتمل من جانب آخر وهو جانب الفعل التكيفى . أى أن هناك ما يثير الفرد دون أن يعيه تماما فيستجيب الفرد على مستوى جسده ولكن دون أن يفرغ هذه الطاقة فى صراع (عدوان) أو لقاء (جنس) مع آخر . والنتيجة هى حالة من الانفعال الجسدى المزمع الذى لا يؤدى وظيفة تكيفية ولا يفرغ فى فعل أو تفاعل مع موضوع ، فيستمر الجسد فى حالة استبعاد مزمع دون تفريغ ، فلا هو يفعل ولا هو يستريح انما يستمر مشدودا .

وقد يكون المثير هو اغراء بالجنس أو تهديد بالعدوان والاستجابة هي حالة من التأهب الجسدى لهذا الاغراء أو التهديد . ولكن الواقع والبيئة الاجتماعية لا يسمحان بالتعبير عن هذه الرغبات فتستمر كـرغبات جسدية دون مستوى الوعى ، وتبقى حالة التأهب دون تفريغ هي بمثابة حالة اغراء بدون اشباع لكائن لا يسمح له بالتعبير أو حتى الوعى برغباته . وهو حال يكاد يكون المنصر المميز للمجتمعات الناشئة والتي لا تستطيع أن توفر سبل الاشباع لأفرادها في ظل وجود عامل الاغراء أى الاملاق الاشباع . ويشاف الى هذا بالطبع العامل الفردى وهو أن هناك فروقا بين افراد في الميل للاستثارة والانفعال علاوة على اختلاف نوعية الانفعال . فقد يستجيب فرد لموقف ما بالغضب بينما قد يستجيب آخر لنفس الموقف بالمرح .

ولابد أن نؤكد هنا خاصتين في الانفعال كمسبب للمرض ، الأولى أن الانفعال يتوقف عند التعبير الجسدى ويكاد لا يصل الى الوعى ولذا فالمرضى فلما يشكو من الناحية النفسية والثانية أن الانفعال لا يساوى بالضرورة القلق وهو المؤشر الأول للخطر ويسبق ظهور الانفعال التكيفى المفضل لدى الفرد (مثلا سيمبتاوى أو باراسيمبتاوى) علاوة على أنه قد يتخذ أى عضو فى الجسم كوسيلة للتعبير .

الطفل والانفعال :

في حالة الطفل فان تكوينه البدائى لا يسمح له بالتعامل مع الواقع والمجتمع وحده فان أبويه ينوبان عنه في تلك الوظائف (بوهى وظائف الأنا الأعلى) ومن ثم فان الاستجابة الغالبة لدى الطفل هي الاستجابة الانفعالية أساسا . فهو حينما يبكى يبكي بكل وجدانه وحينما يضحك يضحك بكل وجدانه أيضا ، كما أنه سريع التقلب بين هذا وذلك . علاوة على أن تحمل المجتمع له يسمح له بتفريغ هذه الطاقة أولا بأول فلا تتراكم بالتالى ولا تؤدى الى المرض . ومع النمو والتحضر فان الطفل يستطيع

ترجمة انفعالاته الى الفاظ ومفاهيم وافعال مع درجة من القدرة على التحكم فيها، ومن خلال ذلك يستمر في تفريغ تلك الشحنات من الطاقة بطريقة مقبولة اجتماعياً • الا أنه في بعض الاطفال نجد تفاعلاً بين منع المجتمع لتعبيره عن انفعالاته (الأمر الذي يؤدي الى القمع والكبت علاوة على انه قد لا يدع له فرصة لترجمة تلك الانفعالات الى الفاظ ومفاهيم (لكون علاقاته بالآخرين محدودة أولاً يسمح له فيها بالتعبير) • من جانب آخر قد نجد لدى الطفل ميلاً للتعبير بواسطة الانفعالات الجسدية فقط دون اللفظية أو الفعلية • أي انه تعبير لا يجد مخرجاً الى الوعي أو الى الخارج انما هو أساساً موجه الى ذاته ونستطيع أن نعتبره نوعاً من التعبير الذاتي autoplacity كوسيلة للتكيف كما نستطيع أن نرى فيه عناصر المازوخية والنرجسية فهو عملية تحويل للطاقة الغريزية الى الداخل • ولعل هذا الطفل هو الذي ينشأ فيه الميل للمرض النفسى الجسمى وخاصة اذا أضفنا الى ذلك نقطة ضعف جسمانية يعينها تهيء لظهور المرض في هذا المكان بالذات *locum resistantiae minoris*

الاستجابة الفردية المحددة : individual response specificity

- وهي محاولة تفسير للأمراض النفسية الجسمية تجمع بين نظرتين وهما :-
 ١ - أن الاستجابة الانفعالية موحدة لكل المثيرات •
 ٢ - أن الاستجابة الانفعالية تتوقف على نوع الصراع والعامل المثير •

وفي هذه المحاولة التفسيرية نجد أن الاستجابة الانفعالية تتوقف على الفرد بقدر ما تتوقف على العامل المثير • فهناك فرد يستجيب مثلاً للاحباط في رغباته الاعتمادية بواسطة الافراز الحامض بالمعدة (الذى يساهم في تكوين القرحة) بينما قد يستجيب فرد آخر لنفس المثير بالصراخ ويستجيب ثالث بالاكئاب ورابع بالهوس السخ بل أن نفس الفرد قد ويستجيب بطرق مختلفة لنفس العامل المثير في أوقات مختلفة • ومرة

أخرى فلعل هناك نقطة ضعف لدى الفرد تجعله يستجيب بواسطة عضو بالذات في جسده .

المصور الاكلينيكي :

سوف نسرد هنا بعض انماط الاضطرابات النفسية الجسمية في الأطفال في الأجهزة المختلفة . ومع افتراض الميول التكوينية الجسدية التي تجعل عضوا دون آخر هو المعبر عن صراع نفسي فإننا سوف نصف بعض الأسس الدينامية والنشئية لتلك الاضطرابات .

أما من ناحية المظهر الاكلينيكي العام لهذه الاضطرابات فإننا غالبا ما نجد انعداما للوعي بالأسس النفسية للاضطراب وقد ينتقل الطفل من طبيب إلى طبيب يتناول العلاجات المختلفة قبل أن يتيقن أحد أن المرض يعبر عن صراع نفسي . بينما هناك بعض حالات يتيقن فيها الطبيب منذ البداية (أحيانا) أو الأهل (أحيانا أكثر) ، فالوعي النفسى فى مصر يكاد يكون أفضل عند العامة منه عند المهنيين الذين يميلون الى تشخيص الامراض على أساس عضوى بحت .

وقد تكون الأسس النفسية للمرض غير ظاهرة على السطح من الوهلة الاولى ، فكما ذكرنا يكون التعبير الجسدى بديلا عن التعبير اللفظى بل والوجدانى . فليس لدى الطفل ما يشكو منه غير مرضه الجسدى .

ومن ناحية الأم قد نجد نفس القصور فى البصيرة ، فكم هو أفضل أن يكون مرض الطفل ناتجا عن تغيرات عضوية داخل جسده ولا غلاطة له بعلاقاته الانسانية وبيئته . فما زال هناك خجل من الاعتراف بالمرض النفسى نظرا لما يحمل هذا الاعتراف من مسئولية للمختلين فى حياة الطفل . فإذا ما أخطط مفهوم المسئولية باللوم والادانة وما يصاحب ذلك من شعور بالذنب فإن مقاومة البصيرة تتضاعف . من هنا فإن تشخيص

المرض النفسى الجسمى يصبح فى حد ذاته جزءا من العلاج النفسى ويتطلب درجة من الرقة والحساسية من جانب الطبيب الذى قد يستعين فى هذه الحالة بالاختصاصى النفسى والاختصاصى الاجتماعى .

ولكى يكون التشخيص ايجابيا أى مبنيا على وجود ما يشير الى صراعات نفسية وليس مجرد تشخيص بالسالب على أساس انعدام وجود أسباب عضوية للمرض ، فانه يتعين على الاختصاصى ان ينظر خلاف المظهر الاكلينيكى السطحى ، فيجب ألا يكتفى بأنه لا يجد (على السطح) مظاهر للصراع النفسى ولكن لابد أن يتدرج بالحديث مع الأسرة والطفل الى العلاقات بينهم وإلى حالاتهم الوجدانية . كما انه يجب أن يلتفت الى وجود عوامل نفسية مرسبة للمرض إذ أن المرض النفسى ليس حالة مستمرة ولكنه يزيد وينقص ويظهر ويختفى على حسب وجود العوامل المرسبة ودرجاتها .

ولنتقل الآن الى وصف لصور جديدة لبعض هذه الأمراض مع محاولة تفسيرية للأسس الدينامية والتشخيصية :

١ - الجلد :

لعل أهمها الاكزيما *eczema* والارتكيا *urticaria* وهى حالات حساسية جلدية كثيرا ما تظهر فى الأسابيع الأولى بعد الولادة وتختفى مع النمو وخاصة إذا ما كان النمو فى اتجاه صحى نفسيا . فإذا لم يكن كذلك فإن الميل ينشأ لحدوث المرض عند كل أزمة نفسية وأحيانا يستبدل هذا الشكل بالحساسية بشكل آخر كأن تصبح لدى الطفل قابلية للربو أو غير ذلك وهناك أيضا بعض حالات الهرش *pruritis* ، وخاصة الهرش الحلقى عند المناسقات التناسلية والثلجية ، وكذلك التهاب الجلد المصطنع *dermatitis artefacta* حيث يصدر عن الجلد نتيجة لفعل من جانب المريض ومرض

النشبة alopecia ومرض حب الشباب acne
وغير ذلك •

الاسس الدينامية والنشوية : اذا اعتبرنا أن الجلد هو أول الاعضاء التي بواسطتها يتفاعل الطفل مع بيئته فان اريكسون يصف المرحلة الأولى في نمو الطفل بالمرحلة الحسية التتفسية

فان هذا oral — respiratory — sensory

يفسر الشكل البدائي للصراع النفسى الذى يعبر عنه الجلد • فالاختياج الى الدفء والاقتراب والاعتدالية يجد التعبير عنه من خلال الجلد وكثيرا ما نجد الوصف لبعض الأمراض الجلدية بأنها « تبكى » أو تصرخ أو تنفب ومع نمو الطفل فان الجلد يؤدي نفس الدور التعبيرى ولكن على مستويات أفضل فهو يعبر عن الخجل وكذلك الغضب (بالاحمرار) والحزن والخوف (بالاصفرار) وبالعرق وبانتصاب الشعر أو وقوعه أو تغير لونه) • كما قد يعبر عن الرغبات الجنسية والتي ترتبط بالمزوجة في صورة الهرش للاعضاء الجنسية (وهى عبارة عن بديل للعادة السرية مدمج مع المتعوبة الذاتية

٢ — الجهاز الهضمى : تنقسم اضطرابات الجهاز الهضمى النفسية الجسمية الى عدة مجموعات :

(١) اضطرابات الشهية والاكل : وأهمها فى الاطفال حالات فقدان الشهية العصبى anorexia nervosa وحالات الشهية المفرطة bulimia. وحالات القيء العصبى psychic vomiting

تظهر حالة فقدان الشهية العصبى غالبا فى الاطفال عند البلوغ وفى أغلب الحالات فى الاناث وهى عبارة عن فقدان الشهية للاكل مصحوب بانخفاض شديد فى الوزن ينتج عنه تأخير فى نمو الصفات الجنسية الثانوية

مثل الثديين والأيدين والشعر تحت الإبطن وفي منطقة العانة . وتنقطع
العادة الشهرية ويتأخر البلوغ وتحدث مضاعفات في الغدد النخامية تؤثر
النمو وتخفض مقاومة الجسم للمجهود وللمرض ويزداد فقدان الشهية
ثانويا لاضطراب في الغدة النخامية .

الأسس الدينامية والنشوية — ان ظهور المرض قبيل سن المراهقة
يرجع الى ان هناك صراعا حول قبول الدور الأنثوي من جانب الفتاة ،
اذ بامتناعها عن الأكل فهي كثيرا ما تشير الى رغبتها في حفظ وزنها
واحيانا رغبتها للبروزات الانثوية (الثديين والأيدين) . وكذلك الخوف
من الحمل الذي قد تعتقد الطفلة (على المستوى اللاشعوري) انه يحدث
بواسطة الفم . الا ان دراسة هذه الحالات تهمق تشير الى وجود صراعات
على مستوى اعلى نفسيا ، اذ يرجع الصراع الى المرحلة النموية وارتباط
عملية الأكل في ذهن الطفلة بالعدوان . فهي في الواقع تخاف من عملية
الأكل نفسها لكيلا تدمر بواسطتها من تحب وهي عادة الأم . وتغلب
هذه العدوانية الشديدة بصورة ظاهرية للاعتمادية الشديدة والرقعة البالغة
فيها والطاعة والوداعة والخجل .

أما حالات الشهية المفرطة فهي أقل انتشارا فانها تأخذ صورة الافراط
في الطعام بطريقة جبرية ، وهي تعتبر الوجه الآخر للعملة بالنسبة
الحالة السابقة وتجرع عن الرغبة في الحصول على الرعاية وحيانا يكون
هناك اساس عضوي لهذه الحالة في صورة الافراط الزائد لهورمون الغدة
الدرقية thyroid hormone . بل ان هذه الحالة كثيرا ما تتناوب
مع الحالة السابقة .

وقد تكاثر السمنة المفرطة obesity ناتجة عن الشهية المفرطة
ملاوة على احتمال (نادر نسبيا) بوجود اسباب أخرى في الغدد الصماء
ر هنا يدخل عنصر الحلقة المفرغة حيث تكون السمنة ذاتها مصدرا
للاضطراب النفسي والاضطراب مصدرا للسمنة . . وهكذا .

في حالات القيء العصبي فإن عملية الأكل تكون طبيعية ولكن الطعام لا يبقى في المعدة بسبب تقيؤ الطفل وتمثل الاحساس بالذنب لدى الطفل نتيجة لارتكابه « جريمة » الأكل والتي تمثل تحقيقا لرغبة عدوانية تجاه موضوع الحب .

(ب) اضطرابات البلع : - وأهمها عصاب المريء oesophageal neurosis وتقلص فم المعدة cardiospasm • في الحالة الأولى تتم عملية البلع جزئيا ويبقى هناك يكون لها اساس عضوى والاسس النفسية تنبنى على وجود حالة من التقرز وهو عبارة عن جماع للأغراء والرفض في ثنائية وجدانية .

أما حالة تقلص المعدة فإن البلع يتوقف عند الجزء الأسفل من المريء وهي شبيهة بالسابقة من حيث الاسس النفسية .

(ج) اضطرابات الهضم : وأهمها عصاب المريء gastric neurosis والقرحة الهضمية peptic ulcer وهي وإن كانت حالات قليلة الحدوث في الاطفال إلا أن اسسها النفسية والعضوية تظهر في تلك الفترة .

في حالة عصاب المعدة فهناك اضطرابات في المعدة بعد الأكل منها الألم والاحساس بالنقل والغثيان وارجاع الطعام وتجشؤ الغازات .

ولعل بعض الأعراض يرجع الى عادات سيئة في الأكل مثل الاستعجال وعدم الانتظام وبعضها يرجع الى اضطرابات في الافرازات الهضمية وبالذات حامض الهيدروكلوريك .

أما القرحة فإن النوع المبني على أسباب نفسية هي قرحة الاثني عشر duodenal ulcer وهي تظهر في الكبار وتأخذ صبورة الألم في البطن (الجزء الأوسط العلوى) بعد الأكل بحوالى ساعتين • وقد وجدت بعض الصفات النفسية لهؤلاء المرضى اساسها وجود نزعات اعتمادية شديدة محببة تتبعها أحيانا محاولة للتعبير عنها ورد فعل بالاستقلال

الظاهري . تبدأ هذه النزعات الاعتمادية الشديدة في الشهر الأول وقد يكون لها أساسها الوراثي في شكل وجود ميل إلى الإفرازات الهضمية بالمعدة بصورة أكثر من المتوسط أى ميل إلى التغلب الباراسيمبتاوى على مستوى المعدة ، مما يجعل الطفل يشعر بالجوع بسرعة ويكي كثيرا ويلتصق بأمه . فإذا ما كانت استجابة الأم تنمى فيه الميل إلى الاعتمادية ثم يسعى الطفل في نموه نحو رفض الاعتمادية بانكزارها والقويين عنها ، بالاستقلال الظاهري ، فإن هذا يضع الأساس لاستجابات مرضية فيما بعد إذا ما واجهته الظروف المرسية في صورة اثارة لهذه النزعات بالإغراء والاحباط كان يفقد عزيزا أو ينهى علاقة حميمة .

(د) اضطرابات الإخراج : وأهمها الإمساك والتهاب المخران

الغليظ .

الإمساك constipation عباره عن حالة صموية في إخراج البراز مع اقلال في عدد المرات التي يحدث ذلك (أقل من مرة يوميا) .

عادة تبدأ هذه الحالة بعد العام الأول وقد يثير ذلك قلق الأم فيزداد اهتمامها بالمرض الامر الذى قد يساهم في تثبيتته . فقد تلجأ الأم إلى المصاب أو إلى الوسائل المصطنعة لمساعدة الطفل على الإخراج (مثل الحقن الشرجية) وهناك ترتبط العملية بعواطف الطفل وعلاقته بأمه .

ولابد من التأكد من خلو الاسس العضوية لحالة مشابهة وهي حيث تكون عضلات القولون ذاتها مفتقرة الى التحكم العصبى مما ينتج عنه ضيق في جزء واتساع شديد في الجزء الأعلى وهي حالة تعرف باسم مرض

هيرشبرونج Hirschprung's disease
وأن كان حتى في هذه الحالات تتدخل العوامل النفسية .

التهاب القولون وقد يكون مخاطى أو قرحى mucous or

ulcerative colitis) ويأتى في شكل اسهال مزمن تتخلله نوبات حادة

مصحوبة بالمخاط أو الدم • وتحدث مضاعفات عامة نتيجة لفقدان الغذاء والسوائل في البراز •

يتميز الطفل المصاب بهذه الحالة بأحدى نمطين للشخصية : الأول النمط الوسواسي وهو الغلب ، والثاني يميل الى نوبات من الغضب والعنف • بالإضافة الى العوامل النفسية فهناك عوامل فسيولوجية متعلقة بالحساسية •

٣ - الجهاز التنفسي :

يمثل التنفس وظيفة فسيولوجية أساسية في المرحلة الأولى أسوة بالهضم والجلد • ومن أهم مظاهر الاضطراب في هذا الجهاز الآتي :

الربو : وان كان يتسبب فيه فيروس يصيب الغشاء المخاطي في الانف إلا ان حالة هذا الغشاء تلعب دورا أساسيا في القابلية للأصابة بهذا الفيروس • فإغشاء المخاطي بالانف يتأثر بالحالة النفسية وخاصة النفسية •

وكذلك نجد أهمية هذا العامل في التهاب الانف الأليرجي

hay fever	وهي الحريش	allergic rhinitis
أما الربو	وهو حالة نوبات من الصعوبة في التنفس (المزفير) ناتجة عن تقلصات في شعيرات الهواء بالرئة •	bronchial asthma
ويدخل فيه أيضا عنصر الحساسية ولكن كما اشرنا فان الحساسية ذاتها مرتبطة بحالة الأغشية المخاطية التي ترتبط بدورها بالحالة النفسية •		
وهناك نمطين في الربو في الاطفال الاول حيث تبرز العوامل النفسية ويستجيب الطفل للعلاج الطبى أو النفسى أو البيئى (تغيير البيئة) •		
والثاني عكس ذلك ويرجع فيه تغليب العوامل الوراثية • ومن العوامل النفسية التي يرجح أن تكون لها أهمية الفزعة المكبوتة الى البكاء والارتباط الكلى بالمكر بالام •		

الفصل التاسع

الاضطرابات المخية

الاضطرابات المخية تنتج عن تأثير عضوى مباشر على خلايا المخ . فالمخ هو انعضو الجسدى المتخصص فى الوعى والوظائف النفسية المختلفة مثل الذاكرة والانتباه والتفكير والانفعال . ولهذا فان أى تأثير على خلايا المخ ينعكس بالضرورة على الوعى وغيره من الوظائف . وكذلك فان أى تغيير فى حالة الوعى يكون مصحوبا باضطرابات عضوية فى خلايا المخ . وعليه فان الاضطرابات النفسية الوظيفية تؤدى بالضرورة الى اضطرابات عضوية عن طريق التأثير المباشر وغير المباشر على التفاعلات البيولوجية المختلفة داخل المخ والجسد .

ونحن اذ نتحدث فى هذا الفصل عن « الاضطرابات المخية » فاننا نقصد الاضطرابات التى تنتج عن أسباب عضوية مباشرة تؤثر على خلايا المخ . ويمكن تصنيف أسباب الاضطرابات المخية فى ثلاث مجموعات :

١ - اضطرابات النمو : وتتميز بعدم اكتمال التكوين الاساسى للمخ لأسباب عضوية وراثية . وقد سبق التعرض لهذه المجموعة فى فصل سابق .

٢ - اضطرابات وظيفية : وتتميز بعدم وجود خلل (عيب أو نقص) عضوى محدد أو واضح . ويمزوها البعض الى قلة الاثارة والتعليم .

٣ - اضطرابات عضوية : وتتميز بوجود تغيير عضوى واضح فى خلايا المخ بسبب معروضا كالاترجاج المخى أو الفزيف أو الجلطة أو الالتهاب أو نقص الاكسجين وهو ما سوف نتعرض له فى هذا الفصل .

وتتلخص أسباب الاضطرابات العضوية فيما يلي :

(أ) أسباب قبل الولادة : pre - natal

- ١ - اضطرابات وراثية وخلقية .
- ٢ - اضطرابات في الايض (التمثيل الغذائي) .
- ٣ - الالتهاب والامراض المعدية .
- ٤ - السموم .
- ٥ - العوامل النفسية في الأم .

(ب) أسباب أثناء الولادة : natal

- ١ - الولادة المتأخرة .
- ٢ - الولادة المبكرة أو الولادة المفاجئة .
- ٣ - الولادة غير الطبيعية .
- ٤ - حوادث أثناء الولادة .
- ٥ - عقاقير تستخدم أثناء الولادة .

(ج) أسباب بعد الولادة : post-natal

وتحدث عادة في السنوات الخمس الأولى .

- ١ - الالتهاب والامراض المعدية .
- ٢ - إصابات الرأس .
- ٣ - الحطابقيز والسموم .
- ٤ - اضطرابات الايض (التمثيل الغذائي) .
- ٥ - اضطرابات الدورة الدموية المخية .
- ٦ - أورام المخ .
- ٧ - اضطرابات النقص الغذائي (سوء التغذية) .
- ٨ - الاضطرابات التشنجية .
- ٩ - العوامل النفسية والبيئية .

المظهر الكهربائي:

١- الحركة المفرطة (الزائدة) hyperkinesis

وتشاهد هذه الظاهرة في كثير من الامراض العضوية للمخ حتى في غياب المظاهر الاخرى للاصابة الواضحة في خلايا المخ . وهي عبارة عن زيادة مفرطة في حركة الطفل يصعب التحكم فيها ويصحبها عدم قدرة على الاستقرار أو تثبيت الانتباه . وقد نرى هذه الظاهرة منفردة أو مصحوبة بمظاهر الاضطراب المخي الاخرى . وهي ظاهرة شائعة نسبيا في الاطفال حيث تصل نسبتها الى حوالي ٥ أو ١٠٪ وفي الاطفال حديثي الولادة قد تبدو عليهم مظاهر الحساسية المفرطة الامر الذي قد يؤدي الى استجابات وردود فعل من جانب الأم قد تؤدي بدورها الى مضاعفة الاعراض أو ربما تحويلها الى عكسها أي التبلد التام . وقد تستمر ظاهرة الاضطراب الحركي بعد المرحلة الاولى في الطفولة المبكرة . وقد يتقبلها أفراد الأسرة الى أن يصل الطفل الى سن المدرسة حيث يحتاج الى الاستقرار والانتباه . وحينئذ تصبح الاعراض التي كانت تبدو مقبولة من جانب الأسرة ظاهرة مرضية تستحق العلاج فالطفل لا يستطيع الاستقرار في مكان محدد ولا يستطيع الانتباه الى الدروس مما يؤدي الى صعوبة في التذكر . وقد يؤدي الاضطراب في الحركة الى حوادث كثيرة . فالطفل يجد صعوبة في التحكم في رغباته أو تأجيلها ويعمل الى الاشباع الفوري لها مما يؤدي الى اصطدامه بالبيئة المادية في حوادث قد تؤدي الى اضرار جسدية أو بالبيئة الاجتماعية نتيجة ليله لتدمير الاشياء واثارة الضوضاء والاحتكاك بالأخضرين .

وكما أشرنا فان هذه الظاهرة قد تكون مصحوبة باضطرابات أخرى عضوية أو نفسية ثانوية .

وهناك اختبارات قد تساعد في تشخيص هذه الحالة مثل اختبار

حلزونه أرشميد Archimedes Spiral ورسم المخ الكهربائي
electroencephalography

وعادة لا تظهر فيه علامات ايجابية الا تحت تأثير عقار المترازول Metrazol
الذى يساعد على اظهار الاضطرابات الكامنة) • كما أن هناك بعض
الاختبارات النفسية التى تقيس مدة الانتباه والقدرة على التحكم فى
الحركة والرغبات •

الاسم الدينامية : كما أشرنا فان هناك عوامل نفسية تؤثر على
حدوث المرض ، فإذا كان الطفل كثير الحركة بينما الاسرة متقبلة لذلك
فان الاعراض قد لا تكون مصدرا للشكوى • ولكن الشكوى تبدأ حينما
تتطلب الاسرة من الطفل درجة من الهدوء تفوق امكانياته • فنففس المرض
قد يكون مقبولا فى أسرة وغير مقبول فى أسرة أخرى أو فى ظروف مختلفة
لنفس الاسرة ، وفى الحالة الاخيرة تكون المضاعفات النفسية ذات تأثير
على ديناميات المرض بحيث يؤدي الاضطراب الى ظهور أعراض اضافية
عصبية أو غير ذلك حسب استجابة الاسرة والبيئة لهذه الحالة •

النتيجه : فى أغلب الاحوال تقل حدة هذه الظاهرة

تدرجيا مع النحر حتى تختفى تماما •

العلاج : أول خطوة فى العلاج هى التوعية وطمأنة الاسرة حول
طبيعة المرض وكيفية التعامل مع الطفل • ثم يأتى بعد ذلك دور العلاج
بالمخدرات ، وقد لوحظ أن استخدام عقار الامفيتامين Amphetamine
والعقاقير المثبطة المشابهة يؤدي الى تحسن واضح فى كثير من حالات
الاضطراب الحركى فى الاطفال • ويستخدم الامفيتامين بجرعات ما بين
١ - ٨ مجم ، فى حين تستخدم ضعف هذه الكمية من الميثيدرين Methedrine
وذلك فى الاطفال الذين تقل أعمارهم عن ٦ سنوات بينما تضاعف الجرعة
فى الاطفال الذين تزيد أعمارهم عن ٦ سنوات • ويستمر العلاج شهور أو
سنوات الا اذا ظهرت الآثار المنبهة للمقار فى صورة الحركة المفرطة بشكل
متزايد بدلا من الهدوء •

وكذلك يمكن استخدام بعض الأدوية مثل الميثيل فينيدات أو الريفالين

Methylphenidate, Ritalin

ملوحة على بعض المهجئات الكبيرة مثل الكلوربرومازين ومشتقاته أو
المهجئات الصغيرة مثل الديازينام ومشتقاته .
أما العلاج النفسى فهو ضرورى لخلق علاقة صحية بين الطفل
المرضى واسرته ، حيث أن العقاقير تتحكم فى الاعراض فقط ويأتى دور
العلاج النفسى بعد ذلك لاصلاح التفكج الثنوية لهذا المرض .

٢ - الامراض المخية الحادة والمزمنة :

هناك صورة مشتركة لأغلب الاضطرابات التى تؤثر على خلايا
المخ تتوقف على حدة تأثير العامل المسبب بغض النظر عن كنهه .
فالاسباب المختلفة قد تؤدى الى صورة اكلينيكية واحدة اما حادة واما
مزمنة وقد تكون الصورة الاكلينيكية الحادة مرحلة يتلوها ظهور الصورة
المزمنة ، كما قد تظهر الصورة المزمنة للمرض دون أن يسبقها ظهور صورة
حادة . وتتأثر الصورة الاكلينيكية أيضا بكون الاضطراب موضعى أو عام
أى كونه يصيب مناطق أو وظائف بعينها فى المخ أو أنه يصيب خلايا المخ
عامة . علاوة على ذلك فان الصورة الاكلينيكية تختلف أيضا حسب تكوين
الشخصية فالاعراض التى قد تظهر نتيجة لاضطراب عضوى قد تكون
مجرد مظاهر لاضطراب نفسى آخر كان كامفا وأظهرته الاصابة المخية .
ومظاهر الاضطرابات المخية فى الاطفال تتشابه تقريبا مع مثيلاتها
فى الراشدين . الاختلاف الاساسى يأتى فى كون الوظائف التى تتأثر
بالامراض العضوية هى عادة الوظائف الأكثر حداثة . ونظرا لحداثة
اكتساب الوظائف العقلية فى الاطفال فان ذلك يجعلها سهلة التأثير بأى
اضطراب عضوى كان أو نفسى .
ولهذا فانه يصعب أحيانا التمييز بين مدى تأثير المرض العضوى
فى هذ ذاته على الصورة الاكلينيكية .

الصورة الاكلينيكية للاضطرابات المخية الحادة : تتميز الاضطرابات
المخية الحادة باضطراب الوعى أساسا على بعض الاحيان يحفل المريض

في غيبوبة كاملة sopor ثم الاهتياج delirium وكذلك اضطراب الادراك
 الذى يظهر في صورة والهوسة hallucinations والخداع illusion
 وفقدان الحس بالزمان والمكان disorientation

وقد يكون الاضطراب أقل شدة فيؤدى الى أعراض نفسية تعبر عن
 اضطراب الشخصية الكامن مثل الانطواء والخاوف . وقد تستمر هذه
 الاعراض وكذلك بعض الاضطرابات في السلوك الحركى والادراك بعد
 زوال المرحلة الحادة للمرض وفي هذه الحالات فان التشخيص الاساسى
 يجب أن يشير للاضطراب في الشخصية قبل الاضطراب الحسى .

الصورة الاكلينيكية للاضطرابات الحسية المزمنة : في هذه الحالات
 يكون التأثير المرضى أكثر دواماً وقد يكون مصحوباً بمظاهر الاصابة
 الوضعية لمراكز المخ المختلفة مثل مراكز الحركة والاحساس . حيث تظهر
 أعراض عضوية كالشلل والرعشة وفقدان الحس وغير ذلك من أعراض
 اضطراب الجهاز العصبي .

أما المظاهر العامة لاصابة المخ فتأخذ شكل اضطراب الذاكرة وخاصة
 فيما يتعلق بالاحداث القريبة recent memory وفي القدرة على الحكم
 على الامور judgement وفي الاحساس بالزمان والمكان وفي القدرة على
 الفهم comprehension التعلم learning بما في ذلك التعلم
 والتوافق النفسى الحركى والتحكم في الانفعال والتي قد تأخذ صورة
 الاقراط الحركى الذى سبق شرحه .

وكما أشرنا فان الاعراض النفسية الناتجة عن اضطراب الشخصية
 قد تأخذ المكانة البارزة في الصورة الاكلينيكية . فاذا أضفنا الى ذلك
 ضغوط البيئة على الطفل المضطرب سواء في المرحلة الحادة أو المزمنة فان
 تأثير العوامل النفسية والبيئية على الصورة الاكلينيكية لا يمكن اغفاله .
الابحاث المعملية : هناك أبحاث معملية قد تظهر دلائل على وجود

اضطراب في وظائف المخ أهمها رسم المخ الكهربائي .

electroencephalogram (EEC)

وهو يكتسب درجة من الصدق اذا أجرى في تسلسل زمني بحيث يمكن تتبع الاختلافات من فترة الى أخرى . اذ أن الرسم الواحد خاصة في الاطفال قد لا يكون مؤشرا صادقا على وجود المرض من عدمه . كما أن هناك أبحاث الأشعة ومنها العادي plain والمصحوب بحقن الهواء

air encephalogram أو الميوديل Myodil ventriculography

أما العمل النفسى فيشمل الاختبارات النفسية التى تقيس الوظائف العقلية مثل الذكاء ولكن الاطفال على أية حال قلما يستجيبون بالصورة المعتادة ، ويفضل في هذه الحالات مقارنتهم مع الاشقاء والآباء بدلا من الاعتماد على المقاييس العامة . كما أن هناك بعض الاختبارات المتخصصة

في قياس الوظائف البصرية الحركية Visuo-motor مثل اختبار بندر
Bender-Gestalt جشطالط

٣ - الصرع :

يقع الصرع في المنطقة الفاصلة بين الامراض المخية العضوية وبين الاضطرابات الوظيفية التى قد يكون له أساس عضوى أو نفسى وظيفى . وهو عبارة عن نوبات من الاضطراب في النشاط الكيميائى الكهربائى لخلايا المخ يؤدي الى اضطراب في الوعى أو الحركة أو كلاهما .

وهناك عدة أنماط للصرع يمكن تصنيفها كالآتى :

١ - النوبات الكبيرة grand mal fits وهى عبارة عن نوبات تشنجية عامة ومفاجئة قد يسبقها انذار أو نسمه aura في صورة احساس غريب مثل رائحة أو طعم أو حالة وعى متغيرة أو حركة ارتعاشية أو انتفاضية twitching يتلو ذلك مرحلة التشنج التى قد تبدأ بصرخة يتلوها انقباض في جفيع عضلات الجسم tons فيقع الطفل فجأة فاقد الوعى محبوس الانفاس مزرق البشرة . وقد تستمر هذه المرحلة لعدة ثوانى

تد تصل الى دقيقة ثم يتلوها حالة التشنج الارتجافى أو الارتعاشى *clonus* حيث تنبسط العضلات وتقبض في تعاقب سريع غير هادف . وقد تستمر هذه المرحلة لعدة ثوان أو دقائق . وقد يصاحبها فقدان التحكم في المخرج كالتبول أو التبرز اللاإرادى علاوة على احتمال الإصابة الذاتية خاصة عض اللسان أو الاصطدام بالأحوات الحادة أو الحارقة . يتلو هذه المرحلة حالة نوم قد تطول أو تقصر ، يصنعونها منها الطفل وهو غير مكتمل الوعى وقد يسلك سلوكا مضطربا ، وقد تتكرر مرحلة التشنج أكثر من مرة في تعاقب سريع يعرف بحالة غمرة الصرع *status epilepticus* .

٢ - النوبات الصغيرة *petit mal* وهى أكثر انتشارا في الاطفال وكثيرا ما تختفى عند سن المراهقة وتظهر في صورة نوبات اضطراب في الوعى ابضع ثوان ، دون الوقوع وإن كان يصحبها فقدان في السيطرة على الحركات الارادية مما يؤدي الى وقوع الاشياء التى يمسك بها الطفل .

٣ - الصرع البؤرى *focal* يعرف أيضا بالصرع الجاكسونى *Jacksonian* وهو عبارة عن تشنجات موضعية في عضلات معينة قد تكون مصحوبة باضطراب حسى في جانب واحد من الجسم وقد تنتشر الى الجانب الآخر وتؤدي الى فقدان الوعى وتشنج عام . وهناك أيضا صراع الفص الصدغى *temporal lobe epilepsy* ويعرف أيضا بالصرع النفسى الحركى *psychomotor* الذى قد يأخذ صورة اضطراب سلوكى كأن يؤدي الطفل حركات عدوانية وقد تبدو هادفة .

الجوانب النفسية للصرع : كثيرا ما يرتبط الصرع وخاصة في السن المبكر مع انخفاض مستوى الذكاء ، كما أن نسبة حدوث الصرع في حالات التخلف العقلى تزداد كلما ازداد التخلف وبالإضافة الى حالات صرع الفص الصدغى التى تظهر أساسا كاضطراب نفسى فإن هناك مضاعفات نفسية ثانوية للصرع ناتجة عن آثار المرض على علاقة الطفل بالبيئة . فهو مطالب بتجنب بعض النشاطات مثل السباحة وركوب الدراجات علاوة على

كونه مطالب بالانتظام في تعاطى الدواء ، وما يستتبعه من مضاعفات وآثار جانبية) •

كما أنه دائم الشعور بأنه مهدد بالاختفاء بوعيه عن الوجود في أية لحظة • كل هذا يؤدي الى مضاعفات نفسية ومخاوف وردود فعل في صورة سمات وسواسية ونزعات دينية رغبة في التحكم في المجهول المخيف •

علاج الاضطرابات المخفية :

حينما يكون السبب العضوى معروف وقابل للتغيير فيكون العلاج موجه نحو ازالته بالوسائل الطبية المتبعة لعلاج المرض الاصلى • ولكن في الأغلب تكون الآثار العضوية التي حدثت غير قابلة للتصحيح وهنا يصبح العلاج نفسيا وتأهليا في المقام الاول وسوف يوصف فيما بعد مع العلاج عامة •

أما في حالات الصرع فهو يتلخص في استخدام مجموعتين من العقاقير :

١ - تلك التي تستخدم في الصرع الصغير وأهمها الترياميتا ديون واسمه انتجاري ترايديون Tridione والباراميثاديون واسمه التجارى باراديون Paradione • وقد تستخدم أيضا العقارات المنبهة من مجموعة الامفيتامين •

تلك التي تستخدم في الصرع الكبير والبؤرى وأهمها ديفينيل هايدا انتوين diphenylhydantoin دايالنتين (Dilantin) وقد يضاف اليه عقار من مجموعة الباربيتورات barbiturates وكذلك الكلورداياز بوكسايد chlordiazepoxide الليبريوم Librium أو أليبران Libran وهناك عقاقير أخرى مشابهة وهى الميثيل فينيل ايثيل هايدانتوين ميزانتوين (Mesantoin) والبريمي دون (Mysoline) والميثساكسيميد (Celontin) والفيناكسيميد (Pnemurone) •

الفصل العاشر

التخلف العقلي

تعريف التخلف العقلي :

لو اعتبرنا الذكاء صفة يمكن قياسها كمياً مثل الطول أو الوزن فمن الطبيعي أن نجد له متوسط يمثل غالبية الناس بينما توجد أقلية على الطرفين يزيد أو يقل ذكاؤهم عن المتوسط .
وهذا الانتشار يشبه أى ظاهرة طبيعية ويمكن رسمه على منحنى انتشار طبيعي (الذى يشبه الجرس) هكذا : —



وعلى هذا فإن الذكاء المفرط والتخلف كلاهما انحراف عن المتوسط في حدود الظواهر الطبيعية . الا أننا نلاحظ عندما نرسم المنحنى من الواقع أن الطرف الذى يعكس الذكاء المنخفض لا يقابل المنحنى الطبيعي وإنما يزيد عنه (الخط المتقطع في الرسم) . وهذا يرجع إلى وجود عوامل أخرى غير الانتشار الاحصائي تؤثر على الذكاء . تلك هى العوامل المرضية المختلفة .

على هذا فاننا يمكن أن نصنف التخلف العقلي من الناحية السببية الى صنفان : طبيعي يعكس ظاهرة الانتشار الاحصائية وهو عادة يوصف بأنه بلا سبب معروف أو idiopathic ومرضى يعكس وجود حالة مرضية تؤثر على الذكاء . فالتخلف العقلي هو ظاهرة انحراف عن متوسط الذكاء بدرجة ملحوظة اما لأسباب طبيعية (حيث الاختلاف كمي) أو مرضية (حيث الاختلاف كيفي) .

بقى أن نعرف مدى هذا الانحراف عن المتوسط الذي يوصف بأنه تخلف عقلي . وهناك ممكن كما أشرنا لتحديد هذا الانحراف . الاول كمي ويعتمد على كمية الذكاء وانخفاضها والثاني كيفي ويعتمد على فكرة التخلف كمظهر سلوكي تكيفي . وقد لا يلتقي المحكان بالضرورة وهو يتفق مع التعريف المتبع في دليل الجمعية المصرية للطب النفسي . كما يتفق بصفة عامة مع التعريفات العالمية التي تدخل في الاعتبار كل من محك انخفاض الذكاء وانحراف السلوك التكيفي . الامر الذي يميزها عن اضطرابات التعلم .

ومع هذا فان درجات التخلف تقاس بواسطة كمية الذكاء (مقياس معامل الذكاء) وهناك خمس مستويات (١) البيني (٨٥ حتى ٦٨) (٢) البسيط (٦٧ حتى ٥٢) (٣) المعتدل (٥١ حتى ٣٦) و (٤) الشديد (٣٥ الى ٣٠) و (٥) العميق (أقل من ٢٠) . وجدير بالذكر أن هناك اختلاف حول مفهوم الصنف البيني . اما المحك السلوكي والذي يعتمد على درجة النضج في مجالات الاعتماد على النفس ، والنمو الحركي والصبي والتواصل ، والعلاقات الاجتماعية الخ ، فهو أقل دقة ولكنه أيضا يمكن أن ينقسم الى أربعة مستويات (عدا البيني) أي البسيط والمعتدل والشديد والعميق .

الصورة الاكلينيكية : —

تبدأ ملاحظة التخلف العقلي عادة في المنزل اذا ما كانت تسدرة الابوين على الملاحظة والمقارنة مع الاطفال الآخرين جيدة . فهم ينتبهون

الى النمو الجسمانى للأطفال بما فى ذلك الجوانب الوظيفية مثل القدرات الحركية المختلفة من الثقات الرأس والابتسام والجلوس والمشى ثم الكلام والتحكم فى العضلات والمخارج والقدرة على تعلم اللغة والمعاملات وتكوين العلاقات مع الآخرين • وهى ملاحظات لها وزنها ولكن يجب ألا تؤدى الى تشخيص مبكر للتخلف نظرا للاختلافات الفردية فى سرعة النمو وكذلك فى القدرات المختلفة لدى الطفل ويمكن للفحص الاكلينيكي أن يؤكد دلالة هذه الأعراض بربطها ببعض وبالمشاهدات الاخرى بالاضافة الى استخدام بعض الاختبارات فى القدرات والمواقف علاوة على الاختبارات النفسية المتخصصة •

ويضاف الى ذلك الفحص الطبى الذى قد يظهر بعض العلامات البدنية التى تشير الى وجود مرض عضوى أو عصبى مصاحب للمظاهر الاخرى ويشمل الفحص الطبى بعض التحاليل المعملية •

وفى الختام يجب تقييم الصورة ككل للمقارنة مع ما هو معروف عن نمو القدرات فى الأطفال مع الأخذ فى الاعتبار الاطار النفسى والاجتماعى التى تظهر فيه الصورة بهدف تحديد ما هو غير ملائم من سلوك من عدمه •
الاسس الدينامية : تنتج الصورة الاكلينيكية عن تفاعل عوامل عديدة طبية طبيعية واجتماعية • اذا كما أشرنا فان مفهوم التخلف العقلى لا يعتمد فحسب على مستوى الذكاء ولكنه مصحوب باضطرابات فى السلوك الامر الذى يجعل الصورة عرضة للتأثر بالعوامل الاجتماعية والنفسية • فعلى افتراض ان الاساس العضوى هو السبب الرئيسى فان استجابة الاسرة والمجتمع لمثل هذا النقص سوف يؤثر بدوره على المظاهر السلوكية • وكثيرا ما تكون الاضطرابات المصاحبة للتخلف العقلى مصدرها الاسرة أو رفضها للطفل المريض •

الاسس النشوتية : الاسباب البيولوجية الطبية : لا توجد علاقة بيولوجية والمظهر السلوكى للتخلف العقلى مما يؤكد أهمية العوامل الوسيطة فى تأثيرها على الصورة الاكلينيكية النهائية • ولعل أعلى ارتباط

يوجد في حالات تناذر دوان : Down's syndrome ويمكن تصنيف التخلف العقلى حسب الاسباب الى مجموعتين رئيسيتين : - الاولى مصحوبة بعلامات مرضية وتمثل حوالى ٢٠ - ٢٥٪ من الحالات والثانية بدون علامات طبية مرضية وتمثل حوالى ٧٥ - ٨٠٪ من الحالات . والمجموعة الاولى يمكن ارجاعها الى ثلاث مجموعات من الاسباب : وراثية وخلقية ومرضيه بينما المجموعة الثانية ترجع اما الى اسباب متعددة مثل المستوى الاقتصادي الاجتماعى والتعلم الناقص والمرض الخفى أو ترجع الى مجرد الانحراف عن المتوسط في توزيع الذكاء .

والعلامات الطبية التى تشير الى وجود تخلف يمكن أن تقسم الى خمس مجموعات : -

١ - العلامات العصبية قد توجد علامة أو أكثر واضحة أو علامتين أو أكثر أقل وضوحا . ويعتبر الانخفاض الواضح في معامل الذكاء ($IQ < 50$) في حد ذاته علامة عصبية تدل على وجود خلل في المخ .

٢ - التدهور العصبى : ويمكن الاستدلال عليه من تاريخ المرض بأن يوجد ما يدل على تدهور في وظائف الجهاز العصبى .

٣ - عيوب خلقية : تزداد أهميتها اذا ما وجدت عيوب خلقية بعدد اثنين أو أكثر . في الاعضاء وخاصة الاعضاء الهامة وهى تدل على اصابة في تكوين الخلايا في النمو الجنينى الامر الذى يشير الى احتمال عيب في الجهاز العصبى .

٤ - علامات معملية : هناك تحاليل تشير الى نقص أو اضطراب كيميائى أو انزيمى في الجسم قد يرتبط بالمرض .

٥ - مرض عصبى سابق : يفضل أن يكون التشخيص مباشر في وقت حدوث المرض الا أن هناك أمراض لا يمكن ملاحظة أضرارها بالجهاز العصبى الا بعد انتهائها وتشمل أيضا الامراض التى تحدث في داخل الرحم قبل الولادة .

بطبيعة الحال لا يقتصر الدليل على وجود عيب طبى على هذه

العناصر ولكن هناك علامات أخرى بما في ذلك أعراض طبيعية وراثية
بالإشارات النفسية الدقيقة •

ونضيف أيضا أن الأسباب الطبية الواضحة المشار إليها قد تؤدي
إلى أى درجة من درجات التخلف • بينما المجموعة الكبرى التي لا توجد
فيها أسباب طبية واضحة عادة تكون من المستوى التخلفي البسيط •

(ب) الأسباب المتعددة النوارث : - يرجع علماء الوراثة حوالى
٧٠٪ من حالات التخلف إلى تعدد الاجنة الموروثة للصفة وهى التى ينتج
عنها الصورة الاكلينيكية التى تمثل الانحراف عن المتوسط فى الذكاء •
ويتضح أهمية هذا العامل فى المجموعات السكانية المتشابهة الظروف حيث
يمكن أرجاع الاختلافات الى الوراثة • ولكن لابد من التحذير هنا من
التمييز الحضارى لبعض عناصر الاختبارات النفسية •

(ج) الأسباب الاجتماعية والحضارية : وهذه الأسباب تظهر فى
الحالات البسيطة بينما الحالات الشديدة والمعقدة لا ترجع الى تلك
الاسباب بل تتساوى فى انتشارها بين الفئات الاجتماعية والحضارية
المختلفة • ويمكن توزيع النسب تقريبا كالاتى الخفيف الى المتوسط الى
الشديد = ٢٠ : ٤ : ١ • والمستوى الخفيف يزداد انتشارا مع الانخفاض
فى السلم الاجتماعى والاقتصادى كما أنه يزداد انتشارا مع ارتفاع السن
حتى المراهقة ثم ينخفض بعد ذلك • وأخيرا فان هذه الفئة قلما تكون
مصحوبة بعلامات طبية مرضية •

ومرة أخرى فلابد من الحذر من نسبية مفاهيم التخلف عبر
الحضارات • فالقدرات المطلوبة فى اطار حضارى ما تختلف عن تلك
المطلوبة فى اطار آخر الامر الذى سوف يؤثر بالتالى على عناصر
الاختبارات وعلى المقاييس السلوكية التى تدل على التخلف • كما انه يجب
الحذر من الخلط بين ما هو حضارى أو عنصري أو ما بين ما هو
اقتصادي واجتماعي •

التهنئة : ان خلايا المخ تتميز بانها اذا تلفت لا تستبدل وان كان من

الناحية الوظيفية تعوض بعمل الخلايا الأخرى السليمة ولذلك فليس هناك علاج لهذا الأساس العضوي للتخلف العقلي إذا ما استقر في نهاية المراهقة حوالي (١٦ عاما) وإن كان المستوى البسيط من التخلف يستمر في التحسن حتى سن (٣٠ عاما) ومع ذلك فإن إمكانية التحسن في التخلف العقلي على أساس الاضطراب الإجمالي في السلوك والتعلم قائمة ، ويتم ذلك إما تلقائيا أو بواسطة العلاج . ويكون هذا التحسن أوضح بالضرورة في الحالات البسيطة تلك التي تغلب عليها الأسباب الاجتماعية الحضارية . وكذلك فإن التحسن يكون أوضح في تلك الحالات التي يغلب عليها الاضطراب السلوكي وخاصة في ضوء التقدم في مسائل العلاج السلوكي .
العلاج : يتلخص ذلك في شكل (١) خدمات تهدف إلى الارتقاء بالنمو المعرفي والسلوكي في سن النمو . (ب) خدمات تهدف إلى المحافظة على القدرات الوظيفية والإنتاجية في الرشد .

(١) التدريب والتعليم في سن النمو يمكن أن يبدأ من سنوات الطفولة المبكرة المنزل بواسطة إرشاد الآباء وبعد ذلك يعد بواسطة دور الحضانة المتخصصة . أما في مرحلة المدرسة فقد يحتاج البعض (التخلف الشديد والعميق) إلى مصحات خاصة بينما يمكن للآخرين أن يستمروا في التعليم مع بعض التعديلات أما في مدارس خاصة بالتخلف أو في فصول خاصة داخل المدارس العادية أو أحيانا في نفس الفصول مع إضافة بعض الرعاية الفردية . وفي سن المراهقة يتجه التعليم إلى التعرف اليدوية .
وأثناء هذه الفترة فإن الطفل يستمر في التواجد بين أسرته التي سوف تحتاج بالضرورة إلى إرشادات مستمرة بل ربما إلى علاج نفسي (فردي أو أسري) بهدف تخفيف حدة المضاعفات النفسية التي تنتج عن وجود طفل متخلف في الأسرة . ولكن هناك أحيانا قد يحتاج الطفل أن يعزل عن الأسرة بصفة مؤقتة أو دائمة وهناك معاهد (أو مستشفيات أو مصحات) خاصة لهذا الغرض .

(ب) التأهيل في الراشد يعتمد على مبدأ ربط الفرد بالمجتمع وتحقيق

قدر من الاستقلال عن الأسرة وذلك بواسطة توفير التأهيل المهني والعمل والمقابل المناسب وتوفير السكن (أ أو بدائل للسكن المستقل مثل السكن الجماعي والمصحات الخ) •

دور الأسرة : - بما أن علاج التخلف هو في جوهره عملية تربوية في المقام الأول فإن دور الأسرة في هذا الصدد لا يمكن تجاهله فالعلاج السلوكي يتطلب استمرار تطبيق مبادئه خارج نطاق الجلسة المتخصصة ، وعلى هذا فإن الإباء لابد وأن يتعاونوا في تطبيق النظام الموصوف • ولا يكفى لهذا أن يتلقوا التلاميذ أو المحاضرات النظرية في مجال العلاج السلوكي بل لابد من أن يكون الارشاد تطبيقي من واقع الأمثلة الحية التي يعيشونها ، ويمكن أن يتم ذلك بواسطة جلسات جماعية منتظمة تجمع عدة أسر بمناقشة تطور الأبناء مع التوضيح بالأمثلة والاشارة الى الملاحظات التي تدون حول سلوك الأبناء ، وقد يستلزم ذلك أسطرة تسجيلية أو تصويرية تسجيلية • بالإضافة الى هذا الجانب الايجابي في تعامل الأبناء في البرنامج ايعلاجي فهناك جانب آخر وهو معاونة الآباء على التعامل مع مشاعرهم الذاتية تجاه أبنائهم المتخلفين وما يشعرونها من احساس بالذنب أو الخجل أو النقص أو ما شابه •

وتختلف هذه المشاعر على حسب تكوينهم النفسي وتكوين الأسرة ومكانة الطفل في الأسرة وقد تكون هذه المضاعفات والانعكاسات أشد حدة من التخلف نفسه وبالتالي تحتاج الى علاج نفسي مستقل •

العقاقير : - تستخدم العقاقير في حالة وجود دواعي مرضية مصاحبة لحالة التخلف مثل التشنجات الصرعية أو الاضطرابات العقلية من الفصام الى الاكتئاب والقلق والاضطرابات السلوكية • ويجب الحذر من الافراط في استخدام الادوية حيث ان الحالة مزمنة وهناك اغراء باعطاء الدواء بصفة مستديمة •

أمثلة من التخلف العقلي الطبي : العوامل الوراثية الى (١) اضطرابات في الكروموسومات (ب) الجينات المنحصرة (ج) الجينات الغالبة •

(١) الاضطرابات الكروموسومية .

١ - تناذر داون أو المتغولية :

ينتشر بنسبة ١ لكل ٦٠٠ ميلاد ويزيد في حالات الحمل في سن متأخرة .
ويظهر في صورة نمو متأخر وصغر حجم الرأس والوجه المسطح
والاستدير ، وشكل مميز لفتحات العين (ضيقة متجهة الى الداخل
وجود ثنية جند فوق الماق) وضمامة في اللسان وصغر حجم الفك كما تكون
الايادي صغيرة والاصبع الصغيرة مقوسة ويوجد خط أفقي في الكف .
ويكون التخلف في هذه الحالات عادة متوسط ويرجع الاضطراب
الكروموسومي هنا الى وجود كروموسوم اضافي .

٢ - أصناف أخرى منها تناذر ادواردز Edwards وتناذر باتاو
Patau وتناذر كراي Car - Cry ومنها مرض كلاينفلتر Klinefelter
ومتشابهاته التي تكون مصحوبة بشذوذ في الكروموسومات الجنسية .
(ب) الجينات المنحوسة : وهي الجينات التي تؤدي الى ظهور الصفة
الموروثة فقط في الحالات التي تكون الجينات موروثة من الابوين وهي
بالقالي تزداد بين زوجات الأقارب .

١ - الفينيل كيتونوريا phenyl - ketonuria وتزجسج الى
اضطراب في تمثيل حامض الفينيل ألانين وهي نادرة : ١ في ١٠٠٠٠٠
ولكن أهميتها في أن تشخيصها المبكر بواسطة تحليل الدم (للفينيل ألانين)
يمكن من العلاج بواسطة الغذاء الخاص .

٢ - هوموسيستينوريا Homocystinuria وهو يشبه السحاب مع
اختلاف العنصر المضطرب تمثيله وعلاجه متشابه .

٣ - مرض سكر القيقب Maple Sugar وهو أشد مما سبق وقد
يؤدي الى الوفاة .

هستيدينيميا Histidinemia وترجع الى اضطراب في
تمثيل الهستيدين وتكون مصحوبة بتخلف بسيط في ٥٠٪ من الحالات .

٥ - **الشحم العصبي Lipoidoses** : وهي مجموعة أمراض مصحوبة بزيادة في تخزين الشحم في المخ في علاوة على الاعضاء الأخرى . ومن هذه الأمراض : مرض تاي ساكس Tay-Sachs هو يؤدي إلى الوفاة المبكرة ومصحوبة بفقدان البصر والتنسجات ويوجد بين يهود الاشنكازي مرض بانن ويشبه السابق ومرض نيمان بيك Nieman-Pick ومصحوبة بتضخم في الطحال والكبد ومرض جوشر Gaucher وهو أشد فتكا .

٦ - **اضطرابات السكريات المتعددة المخاطية Mucopolysaccharidoses** : وهي ناتجة عن اضطرابات انزيمية يؤدي إلى تراكم تلك المواد بالمخ مما يؤدي إلى تخلف عقلي وهناك أصناف منها تنادر هيرلر Hurler وتنادر هنتر Hunter وتنادر سان فيليبو Sanfilippo . وهي تتميز بالاضطرابات في النمو وشكل الوجه واللسان وقرنية العين والعظام والشعر .

٧ - **جالاكتور الدم Galactosemia** : وهي زيادة في الجالاكتور (نوع من السكر يوجد في تكوين سكر اللبن) وهي نادرة (١ : ٦٠.٠٠٠) ومصحوبة بتضخم في الطحال والكبد « ومياه بيفساء أو عتامة عدسة العين » .

٨ - **مرض ويلسن Wilson** : أو تدهور الكبد بسبب اضطراب في تمثيل مادة النحاس مما يؤدي إلى ترسيبها في الكبد والمخ .

٩ - **ارتفاع اليوريك في الدم Hyperurcemia** : حيث يوجد اضطراب في تمثيل حامض اليوريك ويكون مصحوب باضطرابات في الحركة وتقلصات .

١٠ - **الصعل أو صغر الرأس Primary Microcephaly**

١١ - **الاختلاج Ataxia Telangiectasia** وهو مصحوب باضطراب المخيخ .

١٢ - **تنادر لورنس مون Laurence - Moon** وهو مصحوب بانفكاس صبغي بالشبكية وسمنة وضهور تناسلي .

١٣ - **تنادر جوجرن - لارسن Sjogren - Larson** وهو مصحوب

باكثيوز (غضاب أو مرض قشر السمك) في الجلد وأعراض أخرى •
١٤ - تنافر كوكاين Cocaine وهو مصحوب بالفزمية ومسفر
الرأس وغيرها •

١٥ - تنافر لوف Luvu في الذكور فقط ومصحوبة بالمياه الزرقاء (أم
الخلوق) بالعين وأعراض أخرى •

١٦ - تنافر سميت ليملى - أوبيتز Smith — Lemli — Opitz
وهو مصحوب بصغر الرأس وشذوذ في الجفون والعين والانف والاذن
والاصابع والاطراف •

(ج) الجينات الغالبة: ويكون التورث هنا مباشر من الآباء (أو
الأمهات) والإبقاء بفعل جينة غالبية •

١ - التصلب الخديني Tuberculosis وهو مصحوب بإدينوما
دهنية في الجلد وجبرع وأعراض أخرى •

٢ - نقص التقصم الغضروفي Achondroplasia وينتج عنه قصر
في العظام الطويلة وضخامة في الرأس •

٣ - عسر التنظم بالوجه والرأس Craniofacial Dysostosis
ويؤدي إلى شذوذ في تكوين الرأس وخاصة العينين •

٤ - تعانظم الرأس وتكثف الاصابع Arthrocephal-syndactylia
وتكون الرأس فيه متضخم ومحبب والاصابع ملتصقة •

٥ - الاصابع العنكبوتية Arachnodactyly أو مرض مارفان
Marfan ويتميز بطول الاصابع وانخلاع العدسات وعيوب في القلب •
أما المجموعة البيئية فهي التي يكون فيه المرض مرجعه الى عنصر اتي
من الخارج وهي غالباً تأتي من العدوى وأهمها :

١ - الحصبة الألمانية : وهي عدوى تنتقل من الأم الى الجنين في
الثلاثة شهور الاولى من الحمل وتصيب الجنين بأضرار مختلفة منها
اضابة الجهاز العصبي •

٢ - عدوى فيروس الخلية الكبي Cytomegalovirus وهي شبيهة

بأسابقة في الانتقال من الأم إلى الجنين وتؤدي إلى صغر حجم الرأس •
٣ - عنوى التوكسوبلازما *Toxoplasmosis* وهي أيضا تنتقل من الأم إلى الجنين وتؤدي إلى صغر حجم الرأس ومياه في الرأس وتكلسات •

٤ - الزهري : وهي وقد أصبح نادرا وصوته الاكلينيكية كانت تتميز بشذوذ في تكوين الانف والاسنان والعظام والقرنية والسمع •

٥ - التهاب المخ في الطفولة *Encephalitis* هناك أنواع عديدة من الفيروس منها التهاب المخ الهربسي *Herpes Encephalitis* الذي يعدى المولود أثناء الولادة نقلا عن الاعضاء التناسلية للأم وهناك أنواع ناتجة عن جراثيم وكثيرا ما تكون مصحوبة بالتهاب سحائي وهناك ؟ انواع تتلو الامراض المنتشرة في الاطفال مثل الحصبة والحمى القرمزية والجديري وتحدث بعد انتهاء المرض الاصلى وأنها متصلة بظاهرة الحساسية وفي هذه المجموعة من الامراض كثيرا ما نجد علامات مرضية أخرى محدودة مثل الشلل والاضطرابات في الحركة والكلام والسلوك • وختاما بالاضافة الى كل هذه الاصناف توجد أصناف يصعب وضعها

بالتحديد في أي من التقسيمات السابقة ولا تعرف بعد أسبابها بدقة وسوف يكتفى بسرد بعض أسمائها مثل - تناذر دي لانسج (القصر وصغر الرأس الخ) وتناذر رونشايين - تايبي (صغر

الرأس) *Rubinstein - Taybi* وتناذر ستورج فيبر *Sturge - Weber* (مصحوبة بورم وعائي في الوجه) وتناذر برادر *Prader* (القصر والسمنة) وتناذر سوتوس *Sotos* (تضخم في الطول والوزن) بما في

ذلك الرأس ، وتناذر بيكيوث فيدرمان *Beckwith - Wiederman* (فتق وتضخم اللسان والكلى والكبد والجسم) وتناذر انجلمان *Angelman* (مصحوب بنوبات ضحك وصغر الرأس الخ) وتناذر ويليامز بورن (شذوذ في تكوين الوجه) •

الفصل الحادى عشر

علاج الاضطرابات النفسية فى الاطفال

مفهوم العلاج :

العلاج هو الاساس الذى تقوم عليه المهن العلاجية ، وهى فى الاصل مهنة الطب التى تشعبت منها تخصصات مختلفة يهمنها منها هنا ذلك التخصص الذى يدور حول الاضطرابات النفسية . وفى اطار هذه المهن يكون هناك مريض يشكو من ألم بهدف تخفيفه أو إزالته بمعونة مهنى متخصص .

ان وجود الشكوى فى حد ذاته يعنى أن هناك ألما مصحوبا بألم ورغبة فى القضاء عليه أى أن مجرد وجود ظاهرة الشكوى من المرض يعنى ضمنا وجود امكانية العلاج .

واذا كانت هناك فائدة ما للألم فهى أن هذا الألم يكون مؤشرا على وجود المرض ودافعا للقضاء عليه . ان الألم بطبيعته يمثل حسالة غير مرغوب فيها ، فهو يعنى الرغبة فى القضاء على نفسه كما أن وجوده يعنى نفيا لحالة الراحة ، أى نفيا للذة . بعبارة أخرى فان المرض كحالة مؤلمة يعنى نفى الصحة كبديل نسعى اليه والعلاج اذ . هو هذا السعى للقضاء على الألم والمرض فى سبيل الصحة .

فاذا كان العلاج هو محاولة القضاء على الألم ، والألم فى جوهره يهدف للقضاء على نفسه فلماذا الحاجة الى المهن العلاجية ؟ . حقيقة الامر أن المجتمع فى تطور وتقدمه يتطلب توزيع

الاختصاصات بين أفرادها ، أى أن وجود الألم لدى البعض يتطلب أن يقوم البعض الآخر بعلاج هذا الألم . ولكننا اتفقنا على أن الألم يسمى للقضاء على ذاته ، أى أن كل فرد في حقيقة الأمر معالج ومريض في نفس الوقت ، ولكن التخصص الاجتماعي وتوزيع الأدوار هو الذى قسمنا الى مرضى ومعالجين .

وهناك سؤال جوهري وهو : هل هناك فعلا امكانية للقضاء الحقيقي على الألم ؟ هل هناك حالة من الألم أو اللذة المطلقة ؟ حقيقة الأمر أن هذا مستحيل . اذ لو افترضنا أنه من الممكن أن يختفى الألم ويكون كل شيء لذة فإن هذه اللذة ستتحول بعد فترة الى لا لذة ، لأن اللذة موجودة أصلا بقدر ما توجد حالة مخالفة تسبقها أو تقارن بها وهي حالة الألم ، أى أن اللذة لا توجد الا بالمقارنة مع الألم وفي إطاره .

فإذا قضينا تماما على الألم فإننا نقضى أيضا على اللذة . اذن نصبح المقولة هكذا : اننا نسمى للقضاء على الألم ولكننا أيضا لا نريد القضاء عليه لأننا لو قضينا عليه تماما لما عادت هناك لذة .

قد تبدو هذه التساؤلات سفسطائية وبعيدة عن الواقع . ولكننا لو نظرنا على سبيل المثال الى حالة الولادة ، وهي عملية طبيعية مارسناها على مر العصور دون طب أو علاج ، لشاهدنا كيف حولتها الحضارة من حالة طبيعية تنتهي بالانجاب الى حالة مرضية تستدعى تدخل الطبيب بالعلاج ، ومن حالة طائما ارتبطت بالبهجة والسعادة بالميلاد الجديد الى حالة مرتبطة بالخوف والألم ، وكلما ازداد وعينا بالألم الولادة كلما سغينا الى القضاء على هذا الألم وازدعت تصورنا لحالة الولادة كحالة مرضية ولعملية الانجاب كعملية جراحية طبية ، وزادت محاولاتنا لتخفيف هذا الألم بواسطة العقاقير المخدرة . ولكننا مهما نجحنا في التغلب على حالة الألم بواسطة التخدير فإن الاستيقاظ من هذا التخدير يرتبط بوعى ببقايا الألم الذى كنا نريد القضاء عليه ، أى أننا لم ننجح في القضاء على الألم بقدر ما أجبنا الوعي به . ولهذا كان لا بد من البحث في اتجاه آخر وهو

قبول الألم بدلا من محاولة القضاء عليه . أى أن الوعي بالألم الولادة وقبوله بالتعاون مع تقاضيات العضلات القابضة للرحم والجسم عامة ، يحطنا بنسائر الألم ونقبله ومن ثم نطلب عليه وهكذا نشأ الاتجاه في طب التوليد الذي يسمى الولادة بدون ألم . نستطيع أن نقول أن الطبيب المعالج إذا أراد فعلا أن يكون معالجا ناجحا عليه أن يتعلم ألا يبالغ في رغبته في القضاء على الألم تماما ، بل يجب عليه التحول عن هذا المسمى إلى محاولة فهم الألم وتقبله ومساعدة المريض بالتالى على هذا القبول . أى أنه لو أستطاع الطبيب تقبل الألم كجزء طبيعي من الوجود الإنسانى ونظر إلى المرض كمرحلة في التطور نحو الصحة ، فإنه يستطيع بواسطة هذا القبول للألم والارض أن يتقبل عليها . أن الحديد لا يفله إلا الحديد ، والمضال يشفى بالمضال ، والدواء يأتى من الدواء .

لقد وقع الطب عامة والطب النفسى خاصة في هذا الفخ وهو تصور أن الرغبة في القضاء على الألم تماما تعنى أن تحقيق هذه الرغبة ممكن . ولكن الحقيقة أن الألم موجود والرغبة في القضاء عليه أيضا موجودة . وإذا كان الطبيب حليفا للحالة الثانية وهذا — أى حالة الرغبة في التخلل على الألم فقط فإنه يجد نفسه عاجزا عن القضاء عن غريمه تماما . والفخرج من هذا الفخ هو أن تقبل للتقيض أى حالة الألم وحالة الرغبة في القضاء على الألم على السواء .

من هذا المنطلق نستطيع أن نمثل إلى مفهوم المبالج يختلف عن المفهوم التقليدى . وهذا المفهوم هو أن الطبيب يستطيع أن يهول المريض إلى حالة تقبل للتقيض وهذا حالة الألم وحالة الرغبة في القضاء عليه . وإذا أستطاع الطبيب أن يشارك المريض في قبول الألم وفي الإحساس به فإنه يستطيع أن يبدأ أول خطوة نحو العلاج .

هذه المفهوم نستطيع أن نقول أن العلاج يبدأ في لحظة لقاء المريض بالطبيب بل أنه يبدأ في لحظة وجود الألم نفسه . ونحن هنا نتحدث عن العلاج كمنه فأننا نلتزم بالحالة الأولى أى العلاج الذى يعارض بمصونة

طبيب (أو معالج) مع المريض ، وتستطيع أن تقول أن هذا العلاج يسبب
 حملاً للتعاقب. حيث الشكوى والتاريخ والفحص ، فحين يشكو الاستئناس
 من ألم فإن ذلك في حد ذاته يخفف من حدة الألم . وكلما وجدت شكواه
 من يستمع إليها ويتقبلها كلما خفت حدتها . ونرى هذا في المجال النفسي أكثر
 من غيره فالمرضى النفسي يتألم لأنه في نهاية الأمر وحيد في وعيه بحالة
 من الوجود يفرد بها دون غيره . كما يفقده الاتصال بمن حسوله . وهو
 بواسطة الشكوى إنما يصرخ ويمد يده إلى من يستطيع الاستماع إليه ،
 كذلك يستطيع أن يشاهد في كل ملاحظة الفحص وظيفة علاجية ،
 فالمرضى الذي يشكو ثم يقص توضع شكواه إنما يلقي الضوء على مصدر
 هذا الألم الذي يقام منه ويريه لنفسه والطبيب ، ومن خلال معاملة
 معرفة الأسباب فإنه يمتلئ لنفسه حالة من الطمأنينة ، فالخوف يتحول من
 خوف من ألم مجهول إلى خوف معلوم الأسباب ، وبواسطة تعريفه على
 هذه الأسباب فإنه يطمئن إلى أنه في طريقه للتغلب عليها وبالتالي
 على الألم نفسه . وكذلك ينجح المريض خطوة أخرى نحو مشاركة غيره
 بوجوده الذي بفضل استماع الطبيب لشكواه باهتمام ومشاركته
 لإجابته .

أن عملية التشخيص هي خطوة علاجية في حد ذاتها ، إذ عن طريق
 لقاء الضوء على المرض فإن الطبيب أو المعالج يطمئن المريض بأنه سوف
 يقضي على جذور المرض وأسبابه . وكلما كان التشخيص دقيقاً ، أي مبتعداً
 عن المستوى الأكاديمي السطحي ومقرباً من المستوى الدينامي فاستوى
 الشكوى كلما كانت خفيفة الأسباب أكثر جذرية وبالتالي كان الأمل في
 القضاء على الألم أكثر جذرية .

وينطبق هذا أيضاً على ^{prognosis} التنبؤ فالمرضى الذي
 يستطيع أن يعرف سير مرضه ومستقبله يشتر بالتوسع من الطمأنينة حتى
 لو كانت المعرفة سيئة ، ألا يشاهد نفسه على أنه بعد الأمر بدلاً من اليأس
 في حالة ألم كاذب أو البقاء في حالة خوف من المجهول .

وأذا استعمرنا في هذا التدرج أي من حالة الشكوى إلى التاريخ إلى الفحص والتشخيص والتنبؤ فإتينا نستطيع أن نرى أن العلاج ما هو إلا استمرار طبيعى لكل هذه المراحل بل نستطيع أن نعكس الآية ونقول أن العلاج ما هو إلا محاولة للتعمق في التشخيص . فالتشخيص ما هو إلا علاج فوري والعلاج ما هو إلا تشخيص مؤجل .

العلاج بين السطح والعمق :

قد يتساءل البعض : هل يعنى العلاج تخفيف الألم بشكل سطحي فحسب ؟ إذا افترضنا أن هذا صحيح فقد نقول أن هناك فرقا بين العلاج وتخفيف الألم . فمثلا عندما يشكو شخص ما من ألم فيمطييه الطبيب مسككا ، فقد ينتهى به الأمر إلى ازدياد مرضه ، إذ أن الطبيب لم يشخص أسباب الألم . إنما أعطاه مسككا فوريا . خفف من ألمه دون أن يقتلعه من جذوره ، وبالتالي فهو قد أجل ظهور المرض إلى مرحلة يكون قد استقبل فيها . وفي النهاية فإن تخفيف الألم يجب ألا يتناقض مع اقتلاع المرض ولكن الاختلاف فقط هو في سرعة التخفيف وعمق اقتلاع الجذور ، فكما كان التخفيف سطحيًا كلما كان ذلك يعنى فقط تأجيل ظهوره ، وبهذا نستطيع أن نبقى على تعريفنا للعلاج وهو أنه محاولة لتخفيف الألم وأن الفرق بين التمسيد والعلاج الجذري ما هو إلا فرق في الدرجة .

ومع هذا فلابد من هذه التفرقة ولابد أن نصنف أنواع العلاج حسب عمق محاولة التغلب على الألم ونستطيع أن نصنف درجات العمق في العلاج بادئين بأكثر هذه الأنواع سطحية والتي تعتمد أساسا على تخفيف الأعراض أو الآلام السطحية كما يحدث في حالات الاستماع ثم الفصح والارشاد وأعطاء المسكنات والتعاطف المفجرة والمهدئة . ومتجهين نحو الدرجات الأعمق التي تسعى إلى معرفة ما هو أبعد من مجرد الشكوى وتنتمى في البعث عن الجذور ساعية إلى اقتلاعها سواء كان ذلك على مستوى الفرد نفسه أو على مستوى البيئة والمجتمع . وقد نجد تسميات

مختلفة لهذه الحرجات من العلاج بادئة من العلاج السطحي الى الاكثر
ثم العلاج بواسطه الافضاء أو التنفيس ventilation abreaction ثم العلاج
بالتبصير insight مثل العلاج التحليلي النفسي .

ويمكننا أن نحدد ثلاثة أسس نظرية لتصنيف مستويات العلاج :

١ - المحافظ : الذي يهدف الى الحد من ازدياد المرض واعادة
المريض الى ما كان عليه ويشمل العلاج التذعيمي والتفسيك والبطانة للضم
٢ - البنائي : الذي يهدف الى اعادة البناء بعد الهدم وذلك في اطار
أهداف محددة ويشمل العلاج التعبيري والعلاج التحليلي .

٣ - الجفري : الذي يهدف الى تحقيق التغيير المستمر دون الوقوف
عند هدف محدد ويتسع علي مدى الزمان بمدانتهاء فترة العلاج والمكان
في اطار دوائر وجود الفرد المتسمة من الاسرة الى المجتمع .

واذا بدا أن هناك تفرقة واختلافا في القيم بين أنواع العلاج فهي
تفرقة ظاهرية ، إذ أن هناك أحوالاً وحالات تستلزم العلاج السطحي بينما
أخرى تستلزم العلاج العميق . فقد يكون التعمق في الحالات التي تستلزم
علاجاً سطحيًا انبرادا بالمريض والعكس صحيح . كذلك وبهذا المفهوم
نستطيع أن نقول أن هناك حالات يكون فيها العلاج سطحيًا بمعنى أنه غير
ملائم لهذه الحالة بالذات أو قد يكون فيها العلاج الذي يبدو سطحيًا
وسريع علاجًا عميقًا في حقيقة الامر ، بمعنى أنه استجابة لحاجة عميقة في
نفس المريض في هذه اللحظة ، فهو عميق في مغزاه . إذن فالمسألة ليست
أفضلية نوع علي نوع وإنما هي كيفية اختيار النوع المناسب للشخص
المناسب وفي الوقت المناسب .

العلاج بين العضوي والنفسي

قد نسمع كثيرًا حوارًا ساجنًا بين دعاة العلاج بالعقاقير والوسائل
الطبية العضوية وبين هؤلاء الذين يدافعون عن العلاج النفسي . ولكن

هذا التناقض وهمي ، فإن الذي يقوم بممارسة العلاج العضوي إنما يؤدي وظيفة نفسية في المقام الأول . فالمرضى الذي يشكو من ألم ولا يريد من المعالج أكثر من الاستماع لهذه الشكوى واعطائه ما يخفف من حدثها دون أن يتعمق في معرفة الأسباب أو محاولة إقناعها ، إنما يعبر عن احتياج نفسي ، والطبيب في ممارسته للعلاج العضوي إنما يعبر عن استجابته لاحتياج المريض الحقيقي ، أي أنه يمارس علاجاً نفسياً بواسطة العقائير ويريح المريض بأعطائه ما يطلبه وهو عدم التعمق في معرفة الأسباب .

وعلى عكس ذلك فإن الطبيب الذي يستجيب لعداء المريض بأن يستمع إلى شكواه ويتعمق في معرفة أسباب مرضه وجذوره ثم يعاونه على إقلاع هذه الأسباب إنما يؤدي إلى تغيرات في المريض تشمل جسده ونفسه ومجتمعه على السواء . إذ أن المساعدة تؤدي إلى تغيرات في كيمياء الجسم ، مثلاً بأن تتحسن حالة الهرمونات والمواد الداخلية التي ترتفع بالحالة الصحية جسدياً ونفسياً إلى حالة من الانعاش وتحسن التنفس وينتصب القوام وتتغير تعابير الوجه وتتحسن الشهية الخ . أي أن المعالج قد أحدث تغيرات عضوية في المريض بواسطة تدخله على المستوى النفسي .

بعبارة أخرى فإن التفرقة بين العلاج العضوي والمعالج النفسي إنما هي تفرقة مصطنعة . ومع ذلك فلا بد لنا من اللجوء إليها لكي ننظم أنواع العلاج ومستوياته من أجل إعطاء المريض ما يلزم لموليس فقط امتداد عليه أو نستسهل ممارسته . إذ يجب أن يكون المعالج مرناً بحيث يستطيع أن يعطي المريض ما يحتاجه وما يطلبه ، وليس فقط ما يجيد ممارسته أو الأسوأ من ذلك ، أن يعطي المريض ما يشبع احتياج الطبيب لا المريض ، لأن هذا يعني أن يتحول الطبيب إلى مريض بأن يستغل المريض بهدف إشباع احتياجاته الذاتية . أن المعالج الأمثل هو الذي يستطيع وأن يتحرر من العوامل الذاتية قدر ما يمكنه ويمارس أكبر درجة ممكنة من الموضوعية .

بعد هذه الإشارة إلى أن الفروق بين الأنواع المختلفة من العلاج النفسي إنما هي فروق نسبية ووهمية نستطيع أن نصنف العلاج إلى ثلاثة أنواع :

١ - علاج عضوي : وهو الذي يعتمد أساسا على أحداث تغييرات عضوية في الجسد . وقد تكون الوسائل مؤثرات عضوية مباشرة مثل استخدام الأدوية أو الكهرباء ، وفي هذه الحالة لا تتدخل إرادة الطبيب أو المريض في أحداث التأثير الكيميائي المباشر على خلايا المخ والجهاز العصبي إلا بقدر ما تستلزم هذه الإرادة عملية تناول الدواء . وقد تكون هذه الوسائل غير مباشرة بأن تحتاج إلى إرادة من الطبيب والمريض على السواء في كل مراحل العلاج ، وهنا يمكن أحداث تغييرات عضوية في جسد المريض عن طريق إعطائه تعليمات وإرشادات . ويمكن أن نصف هذه الوسائل التي تستخدم مثل الرياضة والحركة والتمرينات المختلفة والتعليمات بإصدار حركات أو أصوات معينة .

٢ - علاج بيئي : وهو أحداث تغييرات في بيئة المريض بحيث تؤثر على حياته ، ويأتي تأثير الطبيب هنا من موقع قدرته على أحداث هذه التغييرات ، كأن ينتقل المريض من منزله إلى منزل آخر أو إلى مستشفى أو مصحة ، أو أن يطلب الطبيب نقله من مدرسة إلى مدرسة أو من فصل إلى فصل آخر أو أن ينصح بأحداث تغييرات في نشاطاته الاجتماعية المختلفة .

ونستطيع أن نقول أن العلاج البيئي إما أن لا يكون لإرادة المريض دخلا فيه كأن يطلب الطبيب من المريض أن يتسنى إلى أحداث تغييرات معينة في البيئة بإرادته فتؤثر عليه بالتالي .

٣ - علاج نفسي : وهو أحداث تغييرات نفسية في المريض بواسطة وسائل نفسية ويكون العنصر المعالج الاسامي هنا هو علاقة الطبيب بالمريض التي من خلالها يتعرف على ما يدور في وعي ذلك المريض

ويساعده . هو أيضا على التعرف على ما يدور في وعيه .
وبواسطة هذا التعرف تحدث علاقات بين الطبيب والمريض قد تمكس .
أنماط العلاقات مع الآخرين مما يساعد الطبيب على أحداث تغييرات في
هذه الانماط وهكذا تتأثر علاقات المريض الأخرى خارج علاقته بالطبيب
بالتغييرات التي حدثت في إطار العلاج النفسي . وكما يتفق أن سنمنا
العلاج العضوي والبيئي الى نوع يحدث بدون تدخل ازادة المريض وآخر
يحدث بتدخلها ، كذلك نستطيع أن نضيف العلاج النفسي الى نوع نعتقد
أساسا على ارادة المريض والطبيب ، ونوع آخر تتدخل عليه العوامل
الخارجية كأن يستخدم دواء لتشغيل عملية التفكير النفسي ، كما يحدث
عندما نمطى عقارا مفدرا أو منها قبل الجلوس لكي يستطيع المريض أن
يدير عن نفسيه بسهولة .

العلاج العضوي

١ - العلاج الكيميائي :

لعل أهم الفروق بين العلاج الكيميائي والعلاج النفسي هو أن الأخير
يعتمد أساسا على أحداث تغييرات في الوعي والفكر تؤدي الى تغييرات في
الانفعال والجسد بينما يعتمد العلاج الكيميائي أساسا على أحداث تلك
التغييرات بطريقة مباشرة عنطى للمستوى الجسدي فما يؤدي الى تغيير
في الانفعال والمحافظة ويؤدي بالتالي الى تغييرات على مستوى الفكر ،
أي أن العلاج النفسي يبدأ من أعلى الى أسفل أو من أرقى مستويات
الحسية وهو المستوى الفكري متدرجا الى أسفلها بينما ينفذ العلاج
العضوي من أدنى تلك المستويات متدرجا الى أعلاها .

وتهمنا هنا التأثير المؤثرة على النفس في المقام الأول بقدر ما تؤثر
على الحالة الجسدية للإنسان ، فلا يهمنا مفعولها المباشر (الجسدي)
هنا الا كاستزادة من المعرفة والعمل العلمي .

نستطيع أن نفترض أن الانفعالات الانسانية في الانسان يمكن تصنيفها الى صنفين أساسيين هما : (١) القلق و (٢) الاكتئاب .

ونستطيع أن نفرق بين هاتين الحالتين الانفعاليتين كالآتي :

على المستوى النفسى ، يعنى القلق حالة خوف من المجهول أو حالة توقع لخطر مستقبلى غامض ، وبالتالي يكون الانسان في حالة استعداد لمواجهة خطر ما . أن يكون هذا الاستعداد مرتبطا بفعل ، أى أنها حالة خوف على النفس أو الذات من أن يصيبها ضرر ، قبل أن يحدث هذا الضرر فعلا . وتعبّر عن استعدادها لمواجهة هذا الخطر القتال أو الحرب منه ، أى بالآثر والفكر *fight - flight* .

ونستطيع أن نذكر ثلاث درجات من العمق في حالة القلق باستخدام درجة التنجس في تصور الجسد كمقياس :

أكثر هذه الدرجات سطحية هو ما يمثل قلق الخفاء أى الخوف من فقدان جزء من الجسد (مع بقاء باقى الجسد سليما) وهو القلق الذى يرتبط بالعصاب بصفة عامة .

فالفرد يعى حدود جسده كوجود مستقل له كيان ولكنه يخلف من نقص فيه أو فقدان جزء منه الامر الذى يجعله موضع المقارنة مع جسد آخر . وفي ظل المجتمعات التى تعطى أهمية للفروق الجنسية بل قيم ايجابية وسلبية مرتبطة بها فإن هذا القلق حول تصور الجسد سوف يأخذ صورة انخوف حول فقدان المميزات الجنسية وهو الخوف من الخفاء الذى يقابله من حسد للخصيب .

فاذا انتقلنا الى درجة أعمق من القلق نجد الخوف من فقدان حدود الجسد ذاته أى قلق الوجود المستقل الذى يتقابل المرحلة التنكسية التى يحاول فيها الطفل أن ينفصل عن أمه ويحدد حدود ذاته وهى أيضا تقابل المرحلة الثانية (مرحلة الاستقلال) أو المرحلة الترجية لدى فرويد .

فالخوف هنا ليس من أن يفقد الإنسان جزءاً من ذاته ولكن أن يفقد ظلوه
ذاته بصفة عامة ويصبح معتمداً على الآخر وتحت سيطرته : أى أن يفقد
استقلاله (وجوده المستقل) وتتمثل هذه الدرجة من القلق في حالات القلق
الاكتسابى بصفة عامة والقلق المصاحب للوسواس القهري والبارانويا .
ويمكن أن نسمى الدرجة الثالثة من عمق القلق قلق فقدان الوجود .
ذاته ، وهى تقابل المرحلة الاولى التى يعنى الطفل فيها وجوده وإن كان
وعياً يشمل وجود الكون كله ، فهو لا يفرق بين وجوده ووجود الآخرين
والوجود بصفة عامة : بالقلق هنا خوف من فقدان الوعي ، وخوف من
الموت أو الفناء أو الاختفاء ، وهو أعنف وأعمق درجات القلق ، ونشاهده
في حالات الفصام بصفة عامة ، وفي أعنف مستوياته في الفصام التصلبى
(الكاتاتوني . Catatonia) وفي بعض حالات الصرع .

ويمصاحب القلق على المستوى الجسدى حالة من الاستعداد للهروب
أو المواجهة والقتال ، ويطلق ذلك انفعال الجهاز العصبى السمبتائى الذى
بفرز هرمونى الادرينالين والنور ادرينالين ، وتفرز الغدتان فوق الكلتيين
هرمونات الكورتيزون ومشتقات الكورتيزون التى تمد الكائن الحي
للقتال أو الهرب . وهكذا يكون الجسد في حالة استعداد بأن يرتفع ضغط
الدم وتزيد سرعة ضربات القلب وقوتها وكمية الدم المذهابة للمضلات
كما تزيد مدة توتر هذه المضلات ، وتتسع العينين ويتمتع الشخص ،
كما يحدث توقف نسبى للمعليات التى لا يحتاجها الكائن الحي في لحظة
مواجهة الخطر مثل الهضم أو القدرة على القيام بالخطية الجنسية .

كذلك يعبر القلق عن نفسه تجاه البيئة على المستوى
الاجتماعى ، فاما أن يواجه الشخص هذه البيئة ويقاها (يعارضها أو
يطورها أو يحاربها بطريقة مدمرة) وأما أن يعرب . وإذا قارنا القلق
بالاكتئاب نستطيع أن نقول أن القلق هو انتظار حدوث خطر ما ، أم
الاكتئاب فهو الشعور الذى ينتج بعد أن يأتى الخطر ويحدث الاذى فعلاً
سواء كان ذلك الاذى حقيقياً أم متوهماً . يصاحب القلق خوف على فقدان

قيمة الذات ، فإن الاكتئاب يكون مصحوبا باحساس بفقدان قيمة الذات ،
 وتستطيع أن تميز الاكتئاب أيضا إلى ثلاثة مستويات من العمق :
 ففي المستوى الأول نجد الإحساس الاكتئابى الذى ينشأ عن شعور
 بفقد جزء من الجسد . (وهو يقابل الخوف من اللصا فى حالات القلق)
 أى الإحساس بالخصاء . فيشعر الشخص أنه غير مكتمل وينقصه شيء ما
 أو أنه أقل من الآخرين . وهذا الاكتئاب نراه فى حالات الاكتئاب
 الجبانى بصفة عامة . وتنشأ أسسه فى المرحلة الثالثة أى مرحلة المبادرة
 عند أريكسون . والمرحلة النفسية عند فرويد . و

... . فلذا انتقلنا إلى مستوى أعمق فسوف نجد الاكتئاب المصاحب
 لمرحلة الاستقلال عند أريكسون أو المرحلة الشرجية عند فرويد ، ويشعر
 فيه الشخص أنه فقد استقلاله فعلا وليس مجرد التهديد بذلك . فهو
 يستسلم حزينا لحالة الاعتمادية التى وصل إليها بعد فقدان احساسه
 بالاستقلال والقدرة على الاقتراح من موضوعه . ونجد هذا النوع من
 الاكتئاب فى حالات الاكتئاب الذهبانى وفى بعض حالات الاكتئاب
 المصاحب للبارانويا أو الوسواس القهرى .

... . فلذا ما انتقلنا إلى أعمق الدرجات فس نجد الاكتئاب الذى تنشأ
 أسسه فى المرحلة الأولى (الأمان عند أريكسون والمرحلة الفمية عند
 فرويد) وهو إحساس بفقدان الوعى بالوجود ذاته وحالة من التقبل أو
 الاستسلام للوفاة . فالفرد لا يشعر فى هذه الحالة أنه مهدد بفقدان
 وجوده وإنما يشعر أنه فقد هذا الوجود فعلا . وهذا هو أعمق أنواع
 الاكتئاب ونراه فى حالات الاكتئاب المصاحب للفصام وخاصة الفصام
 القطبى أو الكاتاتونيا .

ونستطيع أن نجد المقابل لانفعال الاكتئاب على المستوى الجسدى
 فى انعدام حالة الاستعداد للحرب أو القتال أى انعدام الأثرية
 السميتاوية وتغلب نسبي للجهاز الباراسميتاوى الذى يؤدي إلى حالة
 من الهدوء . أو الهبوط الذى قد يتطور إلى حالة من السلبية والاستسلام

على مستوى البيئة ، أن الشخص هنا ينسحب من البيئة المحيطة ، وهنا يكون هذا الانسحاب مختلفا عن الهرب في حالات القلق إذ أن الهرب هو نوع من مواجهة الخطر ونوع من الفعل الإيجابي بينما يكون الانسحاب هنا مهربا عن حالة استسلام ، أنه الفرق بين انسحاب المقاتل وانسحاب المستسلم .

بهذه المفاهيم نستطيع أن نصنف العقاقير التي تؤثر على الحالة النفسية إلى عقاقير تقاوم الشعور بالقلق وعقاقير أخرى تقاوم الشعور بالانكسار وعقاقير ثالثة تظهر الانفعالات بشكل عام سواء كانت قلقا أو اكتئابا ونستطيع أن نسميها عقاقير محطلة نفسيا .

psycholytic, psychodysleptic

أو عقاقير موسعة للوعي psychodetic أو عقاقير محاكية للذهان psychoto to mimetic

تصنيف العقاقير

(١) العقاقير المضادة للقلق :

١ - المستوى السطحي : نجد العقاقير التي تمنع الوعي بالقلق هي أساسا عقاقير تؤثر على الوعي . وأكثرها سطحية هي تلك التي تنفي الوعي بمرمته دون تمييز بين مستوياته مثل العقاقير المومة hypnotics وهي التي إذا استخدمت بجرعات كافية تؤدي إلى فقدان الوعي إلى النوم وإذا ما استخدمت بجرعات صغيرة فإن مفعولها يكون مهدئا .
ومن أمثلة هذه العقاقير :

- ١ - الباربيتورات barbiturates ومشتقاتها وهي منومات
- ٢ - العقاقير المومة المصنعة synthetic مثل الدوريدين Doriden
- ٣ - العقاقير المخدرة أي التي تستخدم في التخدير anesthesia مثل الكلوروفورم chloroform والاثير ether

وأذا تدرجنا نستطيع أن نصف الكحوليات ^{alcohol} ماذا انتقلنا
 إلى مستوى أعمق وجدنا العقاقير المطمئنة البسيطة ^{minor tranquilizers}
 وهي التي تؤدي إلى حالة من الهدوء دون أن تؤثر مباشرة على الوعي أي
 دون تنويم وإن كانت تؤدي إلى النوم إذا أخذت بجرعات كبيرة ومن
 أمثلتها :

١ - مشتقات البنزوديازيبين benzodiazepenes مثل الكلوردiazepam
 chlordiazepoxide ويسمى تجارياً بالليبريوم Librium أو الليبران Libran
 ومثل الديازيبام diazepam ويسمى تجارياً بالفاليوم Valium أو الفالينيل
 Valinil ومثل الأوكسابام oxazepam ويسمى تجارياً السيراكس Serax
 أو السريباكس Serenax

٢ - مضادات الهستامين : Antihistamines ولها أثر منوم ومهدئ .

٣ - الميروباميت meprobamates تسمى تجارياً بأسماء مثل الترانكيلان
 Tranquilan الكويتان Quetan أو البرترانكيل pertranquil

وتستخدم عقاقير المجموعتين السابقتين في تخفيف القلق المرتبط
 بالآلام السطحي والقريب من الوعي ، فالآلام الحسي الشديد في العمليات
 الجراحية يحتاج إلى إلغاء الوعي نحن نطوئ التخدير هنا كما كان الألم أخف
 مدة كما يحدث في حالات الأرهاق للجسماني ، بشر أنوعها في الخطأ ، فإن
 المجهود المطلوب محال ولكن المجهود المطلوب تكون أقل من أن تفقد الوعي
 وهذا ما يحدث عند تناول المخدرات الكحولية والمخدرات أو الحبيبات
 اليومية ، وكلها تخلق هذه الآلام الجسمية وتؤدي إلى القلق النفسي كلما كانت
 التهيئة مطلوبة أكثر من التنويم ، وهذا قد يفسر توجهنا إلى العقاقير
 المهدئة بدلاً من الخمور والمخدرات كلما ارتفعت نوعية الأرهاق المرتبطة
 بالتطور الحضري .

إذا انتقلنا إلى مستوى أعلى من العقاقير المهدئة لنصل إلى
 طائفة المطمئئات الكبرى ^{major tranquilizers} وهي تؤثر على
 الوعي بدرجة أقل من السابقة ولا تؤدي مباشرة إلى النوم ، وهذه

العقاقير تؤثر أساسا على المراكز الانفعالية قبل القشرة المخية ومنها
مشتقات البيوتروفيتون *butyrophenones* (مثل الهالوبيريدول

Haloperidol) ويوجد تجاريا بنفس الاسم أو باسم سافينيز
و *gafnac* ومشتقات الثيوذانتين *thioxanthenes* مثل

الكلوبروكسين *chlorprothixene* (ويسمى تجاريا باسم
التراكتان *Taractan* كما كانت تستخدم قديما مركبات الراوليفيا

Rupwylia مثل الريزيربين *Reserpine* وي طرح في الاسواق
باسم السيريالين *Serpasil* ولكنها لم تعد تستخدم الآن واقتصر

استخدامها على تقليل ضغط الدم المرتفع .

إلا أن أهم هذه المركبات هي مشتقات الفينوثازين *phenothiazines*
ونجد أن أكثرها سمية يكون بفعلها أقرب إلى التثنية والتثويم مثل

النورينان *Nozinan* فإذا انتقلنا إلى درجة أعق وجدا أدوية
مثل الميرييل *Melleril* واسمها التركيبي ثيوريدازين *thioridazine*

وكذلك الكلوربرومازين *chlorpromazine*
وهذه العقاقير تجاريا مثل *Largactil* أو النورازين *Norazine*

فإذا انتقلنا إلى درجة أهدر عقاقير هذا الفينوثازينات من مجموعة
الهيديرازين مثل الثريفايدازين *trifluoperazine* ويسمى تجاريا

بالستيلازين *Stelazine* أو بالستيلازول *Stellazul* والبرفينازين
perphenazine ويسمى تجاريا ، الثيلافون *Thilazon* والبيوتابينازين

butaperazine ويسمى تجاريا بالزانيدول *Randoctil* وكلما
ازداد فعول العقار غطى كلما قل تأثيره على حالة الوعي أي ضعف تأثيره

المعوم (حتى أن أدوية مثل الستيلازين والثريفايدون قد تسمى بالمطبات

المنشطة وكما ذكرنا آثاره الجانبية على المراكز السفلى من المخ تؤدي إلى
تقلبات عضلية ورعشة وحركات لا إرادية تشبه مرض باركنسون

Parkinsonism وتعمل هذه العقاقير بجرعات صغيرة كالمطبات بتعطيل
وتثبيط عقاقير لها تأثير خفيف مضاد للمقلد المصاحب للاكتئاب كما أن لها

تأثير مضاد للاكتئاب وسنصفها مع أدوية الاكتئاب ومنها التريبتزول

Trypizol والسينيكوان Sinequan

وبصفة عامة تستخدم العقاقير المضادة للقلق من طائفة المطفئات
المظلمى فى علاج حالات القلق الذهانى عموما مثل القلق الفصلى والقلق
الاكتئابى الذهانى .

(ب) مضادات الاكتئاب :

١ - اذا بدأنا باكثرها سطحية فسوف نجد المنهات

psychomotor stimulants مثل الامفيتامين amphetamine ومشتقاته والميثيل

فينيدات methyphenidate واسمه التجارى الريتالين Ritalin

وتأتى مؤاذا لها مفعول مشابه لمفعول الجهاز السيماوى فى الجسم ولها
تأثير على المستوى السطحي من الاكتئاب ولكنها لا تستخدم عادة الآن

٢ - فاذا انتقلنا الى مستوى أعمق نجد العقاقير التى تبطل مفعول

الانزيم المؤكسد لاحاديث الامين (M.A.O) mono-amine oxidase inhibitors

وهذه الامينات هى الأهرارز الكيمائى للجهاز السيمتاوى وكذلك فى القرعات

المضيقية المركزية ، وعندما يبطل مفعول الانزيم الذى يعطىها نتراكم نسبيا

بدرجة اكبر وهكذا يصبح مفعول هذه العقاقير مشابها للاملياتينات ولكن

بصورة أعمق وبأطول ومع أعراض جانبية أقل ولا تسبب تعودا ، وهى لهذا

تستخدم فى علاج الاكتئاب المصابين .

ومن أمثلة هذه المجموعة الترانيكسايبرومين tranylcypromine

(واسمه تجاريا بارتيت Parnate والايذوكاربوكسيميد

Isocarboxid واسمه تجاريا بالاريلان Marplan

٣ - مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants

وهى عقاقير تسهل انتقال أنوار الكيمائية التى تشبه الانفعال السيمتاوى

بين أهراف الأعصاب فى المقد القرعية وتأتى بمفعول متأخر ولكنه عميق

والأمر دوماً وكذلك تستخدم فى علاج الاكتئاب الذهائى ، ومن أمثلة هذه

المخاقير الاميرامين imipramine (ويسمى تجاريا بالتوفرانيل

Tofranil أو النيوفرانيل Eufrazil والاميتريبتلين amitryptiline

ويوجد تجاريا باسم التريبتزول Tryptizol والدوكسين Doxepin

ويطرح باسم السينيكون Sinequan وللخاقير الاخرين مجهول مهيء

بسيط . وكذلك يوجد لمخاقير اخرى مثل الكلوزبروليكسين (البن اكلين)

والثيوريدازين (الميريل) مفعولا مضادا للاكتئاب .

(ج) الحالات النفسية أو موسعات الوعي psychodelics psychodelics

١ - هنا أيضا نجد درجات مختلفة من العمق ، ففي أكثر المستويات

سطحية يمكننا أن نصف غاز ثاني أوكسيد الكربون وغاز أوكسيد النيتروز

(وهو يحدث بطريقة طبيعية في بعض تدريبات اليوجا) على سبيل المثال

وهي غازات تؤدي إلى تغيرات في الوعي ينتج عنها ظهور بعض الذكريات

المكبوتة والانفعالات على السطح . الا أننا نجد هذا المفعول ينتج أيضا

عن استخدام مخاقير أخرى مثل المخاقير المنبهة والمخاقير المنومة التي

وصفناها في الفقرتين السابقتين وخاصة إذا أعطيت بجرعات مفاجئة كما

يحدث في حالة حقن الهالوريد . إذ تحدث حالة تطل للعمليات التي تكبت

هذه المواقف والذكريات مؤدية إلى ما نسميه بالمفعول التحليلي النفسي

Psycholytic ولهذا فإن تصنيف هذه المخاقير تبعاً للمفعول ليس

تصنيفاً دقيقاً لأن المخاقير المخالفة تستطيع أن تؤدي إلى نفس المفعول

إذا أعطيت في ظروف معينة .

٢ - المخاقير المطفلة الخفيفة ومن أمثلتها حوزة الطيبم والاريونا

والهشيش واليونجو وهي مخاقير ليست مهدئة ولا منبهة بمعنى الكلمة كما

أنها ليست مضادة للاكتئاب أو للقلق بمعنى دقيق ، وإنما هي تزيد هذه

الاحساس عموماً سواء بالقلق أو الاكتئاب ، كما أنها تؤدي إلى افراط

في إنتاج الأفكار والذكريات وهو ما نسميه بالمفعول المطفل نفسياً .

Psycholytic

١٠ - **الليسيرجيك** *lysergic acid diethylamide* وهو ما يعرف بمقار الهلوسة أو الب. ا. ا. س. دى ٢٥٠ I.S.D. وكذلك عقار الميسكالين *mescaline* وهى عقاقير تؤدي الى تطل شديد فى ترابط الافكار وتالى تغيرات فى الادراك *perception* والوعى واعيانا تسمى بالعقاقير موسمة الوعى *psychedelic* أو مطكية الذهان *psychotomimetic* لانها تؤدي الى تغيرات جذرية فى الوعى تد تشبه حالة الذهان .

ولا تستخدم هذه العقاقير طبيا الا للمعاونة فى العلاج النفسى بكميات صغيرة ولا تأنى قيمتها الا من حيث قدرتها على احداث تأثيرات قد تؤدي الى تسهيل العلاج النفسى والحوار واللقاء بين الطبيب والمريض فى بعض الحالات الخاصة ، دتسهيل عملية بلورة محتويات للوعى .

استخدامات العقاقير فى الاطفال

١ - مضادات القلق : تستخدم السطفية منها فى حالات المبرع أو فى حالات الهياج أو الألم الشديدين . مثل الفينوباربيتون وفى المستوى الاعيق من العقاقير (المطمئنت البسيطة) نجد استخدامها فى حالات القلق التفاعلى بصفة عامة وفى حالات القلق العصائى والوسواس القهرى والرهاب وبعض حالات الاكتئاب العصائى ، ويقال استخدامها فى المستهية لانه عصاب يتجع فيه الكبت فى اخفاء القلق وتحويله الى اضطراب عضوى ، وقد تستخدم عندما يفتنى التحصيل ويظهر القلق بمده .

وفى المستوى الاعيق (المطمئنت العظمى) نجد انها تستخدم فى حالات الذهان بصفة عامة ولا تعطى بكميات صغيرة كمطمئنت بسيطة

اذ ان استخدامهما في الاطفال غير مرغوب فيه بمسفة عامة ، ويلاحظ انه كلما كان الذهان سطحيا وظهر في صورة اضطرابات انفعالية كلما اصبحنا في حاجة الى عقار اقل عمقا في تأثيره (وبالتالي اشد في مفعوله النوم والمهدىء) مثل الكلوربومازين والمليريد .

وكما زاد عمق القلق وظهر في صورة اضطراب في التفكير كلما احتجنا الى الاصناف العميقة مثل الستيلازين والرانيدولاكتيل .
كما تستخدم عتارات مثل التراكتان في الحالات التي يكون القلق فيها مصحوبا باكتئاب .

٢ - مضادات الاكتئاب تستخدم العقارات ثلاثية الحلقات مثل التريبتزول والتوفرانيل في علاج الاكتئاب الذهاني وهو وان كان نادرا الا أنه يحدث في الاطفال والصبية ، كما تستخدم هذه العقارات في حالات التبول اثناء النوم nocturnal enuresis لانها تقلل من عمق النوم بالاضافة الى مفعولها المهدىء للقلق .

وهناك استخدام آخر للمنبهات مثل الامفيتامين amphetamine في حالات الاغراط الحركي hyperkinetic syndrome وذلك بكميات صغيرة . كما انها تقلل من التدهور في الاداء النفسى الحركي psychomotor performance

الناسىء عن التعب . هذا بالاضافة الى استغلال مفعولها

المحلل نفسيا البسيط في العلاج النفسى

٣ - المحللات النفسية نستطيع استخدام الانواع الخفيفة بما في ذلك المنبهات (الامفيتامين) والمنومات الحادة المفعول في العلاج النفسى بواسطة التفرغ catharsis للتغلب على الكبت وذلك في بعض الحالات الخاصة .

العلاج الكهربائى

العلاج بالصدمات الكهربائية E.C.T. Electro-convulsive therapy
هو امرار تيار كهربائى في المخ ينتج عنه حالة من التشنج الشامل للجسم .

يفتج عنها احدث تغييرات عضوية ونفسية . ومن التغييرات العضوية تنبيه الجهاز السمبثاوى بصفة عامة ولذلك نجد الصدمات الكهربائية انفع في حالات الاكتئاب ، ونفسيا نجد حالة فقدان الوعي تماما والعودة الى حالة من النكوص كما لو كان الانسان يعيد عملية تطوره وينتقل من حالة الموت الى حالة الميلاد ، ويكون المريض قابلا للمؤثرات في اللحظات التي يخرج فيها من مفعول جلسة الكهرباء ، ولذلك نجد أن هناك علاجاً نفسياً مع العلاج الكهربى حينما يصحو المريض من الجلسة فيجد العناية والرعاية اللتين تؤثران عليه وتعيدان اليه احساسه بالنفثة والامان . وتستخدم الصدمات الكهربائية أيضا في حالات الاكتئاب المصاحبة للفصام وفي حالات الهوس .

وهناك حالات وانواع أخرى من العلاج الكهربائى غير الصدمات ، وما زال تأثيرها قابلا للتساؤلات . ومنها التتويم الكهربائى Electrosleep وهو عبارة عن امرار تيار كهربائى خفيف جدا لا يؤدي الى فقد الوعي الا أنه يشبه في فبذباته نفس النسبة الخاصة بالموجات التي تحدث في حالة النوم ، ولذلك يؤدي الى حالة من النوم الطبيعى ، ويستخدم في علاج حالات العصاب بصفة عامة .

وهناك علاج كهربائى ثالث وهو التنبيه الكهربائى

Electrical stimulation therapy

وهو امرار تيار كهربائى خفيف في المخ ، وفي الارجح لا يكاد مفعول هذا التيار يذكر من الفاعلية العضوية ، ولكن مفعوله ايجابى ونفسى في المقام الأول .

العلاجات العضوية المعتمدة على الارادة : من جانب المريض أو الطبيب على السواء ونذكر تحت هذه العلاجات تلك التي تعتمد على الانصح والارشاد بتغيير البيئة وباستنشاق الهواء أو العزلة أو التمرينات المختلفة مثل مدارس الطاقة الحيوية Bionenergetics والجسثالت Gestalt التي تعتمد على احدث تغيرات في أوضاع الجسد وتعتمد اخراج حركات

وأصوات تعبر عن انفعالات معينة ، وهي تعتمد أساسا على الجدا
القائل بيان الفعل قد يسبق الانفعال أى أننا اذا ضحكنا فسوف نشعر
بالسعادة واذا صرخنا أو بكينا فسوف نشعر بالخوف أو بالحزن . ويعتمد
هذا النوع من العلاج على اعطاء تعليمات بتأدية هذه الحركات والاصوات
حتى يتسنى للانفعال الطبيعي أن يلحقها ويأتى بعدها •

العلاج البيئي

يعتمد هذا النوع من العلاج على احداث تغييرات في البيئة أما مباشرة
كأن ينصح المعالج بتغيير معين أو غير مباشر عن طريق المريض نفسه الذى
يحدث تغييرات في بيئته تؤدي الى تغييرات في نفسه • وقد يستعين
المعالج هنا ببيئات مختلفة للعلاج مثل المستشفى أو الملجأ أو المصح
أو فصول دراسية معينة مثل تلك الخاصة بالمتخلفين عقليا وهكذا •

وأول هذه التغييرات تلك الطفيفة منها في البيئة المباشرة مثل
النصح بتوزيع الغرف في المنزل أو أماكن النوم أو الاستذكار فقد يلاحظ
مثلا أن طفلا معينة يعاني من قلق شديد لأنه ينام مع شقيقته الصغرى
بينما هو يقترب من سن المراهقة ، وتثار رغباته الجنسية بما يصاحبها من
اجساس بالذنب مما يؤدي الى زيادة التوتر بينه وبين أخته وفي المنزل
بصفة عامة وهنا ينصح المعالج بأن ينام كل منهما في غرفة منفصلة مثلا •
وعلى مستوى أعمق ، قد ينصح المعالج تغييرات لشغل مثل انتقال
طفل ليعيش مع أقارب له أو مع أسرة تتبناه أو تأويه لفترة مؤقتة •

اذا اتضح أن الاضطرابات تنشأ بسبب والذين قاسيين أو ذهانيين
أو مدمنين أو قوى سلوك إجرامى ، وكذلك النصح بأن ينتقل طفل من
فصل دراسى لا يستطيع التوافق معه بسبب نقص قدراته العقلية الى
فصل آخر به أطفال في مستواه الذهنى مما يحمو احساسه بالنقص في
في المدرسة وهكذا •

وفي بعض الحالات الأخرى والتي نفترض فيها أن الشخص أو الطفل قد أصبح هو نفسه مريضاً إلى درجة تحتاج إلى علاجه في بيئته منفصلة لفترة من الزمن حتى يشتد عوده ويقدر على مواجهة بيئته المرضية مرة أخرى ، قد ينصح المعالج بإدخاله إلى مستشفى أو مصحة نفسية للعلاج .

الفريق العلاجي :

يعتمد المعالج في الحالات السابقة على مجموعة من المعالجين آخرين يكونون على اتصال مباشر به وتمت اثراؤه مكونين فريقاً علاجياً متعاوناً ويكون على المعالج الرئيسي مهمة التنسيق فيه . وقد يتكون هذا الفريق من أفراد أسرة المريض نفسها كالأب مثلاً ، ونذكر هنا حالة هانز الصغير Little Hans التي عالج فيها فرويد الطفل عن طريق والده ، وقد يتكون هذا الفريق من المدرسين في مدرسة الطفل أو الأخصائي الاجتماعي أو النفسى فيهما .

ويمكن أن نعتبر رجال الشرطة والقانون الذين يتعاملون مع الأطفال والشباب الجانحين في الإصلاحات جزء من الفريق العلاجي الذي يتعاون مع المعالج الرئيسي كذلك إذا انتقل الطفل ليعيش مع أسرة أخرى غير أسرته فإن الأسرة الجديدة تعتبر الفريق المتعاون للمعالج . ماذا انتقلنا إلى مستوى أكثر تخصصاً وجدنا الفرق العلاجية التي تعمل بطريقة مكثفة في المستشفيات ، ويضم الفريق منها إلى جانب الطبيب النفسى طبيباً باطنياً للأطفال وأخصائياً نفسياً وأخصائياً اجتماعياً ومعالجين بالعمل وباللغة وبالرياضة بالإضافة إلى هيئة التمرين والمدرسين والعاملين بالمستشفى ويقوم كل هؤلاء بعلاج الطفل سنوياً أردنا أو لم نرد إذ أن الطفل الذي يتلقى ساعة يومية من العلاج مع المعالج يكون تحت تأثير هذا الفريق طوال الثلاثة والعشرين ساعة الباقية ، ولذلك يجب التعاون والاتصال المستمر بين أفراد هذا الفريق العلاجي

الذى أصبح الركيزة الاساسية فى العلاج • فى المستشفيات والمصحات لتلاقي التناقضات التى قد تنشأ عن التعارض بين المعالجين المنفصلة تأثيراتهم بعضها عن البعض الآخر •

دوامى العلاج البيئى : اننا نلجأ للعلاج البيئى حينما يكون المرض استجابة لظروف معينة فى البيئة ، واذا توصلنا الى ان ابعاد الطفل ولو بصفة مؤقتة عن هذه البيئة قد يأتى بنتائج ايجابية ، أو اذا وضعنا اصابنا على العنصر أو العناصر الضارة فى هذه البيئة ورأينا اقتلاعها وابعادها عن الطفل بدلا من ابعاد الطفل عنها •

العلاج البيئى بين العمق والسطح : لايجب أن يصبح العلاج البيئى فى اذهاننا مرادفا للعلاج السطحى أو العلاج الذى يتعرض فقط للمؤثرات الخارجية ، اذ يمكن عن طريق هذا العلاج الوصول الى درجات عميقة من التغييرات داخل الشخصية • ونجد مثال لذلك فى عمل الفريق العلاجى فى المستشفى الذى قد يصل الى اقصى درجات العمق فى معالجة المشكلة ، وفى تشخيصها ومعرفة مسبباتها وطرق تناولها •

ولنضرب مثلا لطفك يعانى داخليا من صعوبة شديدة فى التعبير عن رغباته العدوانية ، ان الفريق هنا يستطيع عن طريق تنسيق جهود افراده المختلفين أن يحل المشكلة بطريقة بناءة فمثلا يمكن أن يوصى المعالج بالرياضة أن يختار نوعا يسمح للطفل بالتعبير عن عدوانيته كأن يعارِس الملاكمة أو المصارعة ، ونطلب من المعالج بالموسيقى نفس الشيء فيدربه على عزف الموسيقى الايقاعية العنيفة ، كما يمكن للاخصائى الاجتماعى الى جانب معرفة العوامل البيئية التى ادت الى المشكلة ان يرشد الاهل الى كيفية تقبل نزعات الطفل العدوانية وفهم أسبابها (كأن تكون مجرد محاولات لجذب الاهتمام) بدلا من ادانة الطفل بأنه «سئ» وهذا فى حد ذاته قد يكون عنصرا علاجيا هاما •

كذلك يمكن لهيئة التمريض ان تتقبل نزعات الطفل العدوانية وتساعد على تلك الطرق البناءة لامتصاصها وتمنعه من الطرق التدميرية أو التى كانت

تؤدي الى قهره كما كان يحدث في بيئته واخيرا فان المعالج النفسى يستطيع أن يفسر للطفل سلوكه العدوانى المتخفى ويساعده على التعبير البناء عنه بطريقة مباشرة •

ان الفائدة الحقيقية للعلاج الداخلى بالمستشفيات تكمن في روح الفريق والتعاون الحقيقى بين افراده • كما انه من المفروض ان يمتد اثر هذا العلاج الى خارج المستشفى • فيتعلم المعالج والاسرة وكل أعضاء الفريق أن يكونوا على اتصال على مستوى البيئة ، بما في ذلك بالمدرسة وبالشرطة والجيران وبالاسرة كلما تطلب الأمر •

العلاج النفسى

المقصود بالعلاج النفسى هوذلك التأثير الذى يحدث في نفس المريض بواسطة وسائل نفسية أى بدون وسائل كيميائية أو بيئية ، وان كانت تستخدم احيانا كمناصر مساعده الا انها ليست العنصر الرئيسى •
ان المفهوم السائد للعلاج النفسى هو العلاج عن طريق استخدام الكلمات كمؤثر رئيسى الا أننا في حالات الاطفال نجد الامر يختلف قليلا بسبب قدرة الطفل المحدودة في التعبير اللغوى ، ولذلك قد يعتمد المعالج النفسى في الاطفال على وسائل أخرى لا لفظية • وعلى كل حال فهى لا يمكن فصلها عن الالفاظ وقد تكون بدائل أو عناصر مسهلة لاستخدام الالفاظ •
أو أنها تقوم بنفس الوظيفة الرمزية للغة وتصبح هى لغة أخرى مثال ذلك الرسم أو النحت أو الموسيقى أو اللعب •

ان استخدام اللعب كوسيلة للعلاج النفسى مع الاطفال بدلا من الدخول في حوار مباشر أو بالإضافة الى هذا الحوار لهو أحد الطرق المهمة للكشف عن العوامل المرضية في بيئة الطفل أو في شخصيته وعلاقاته بأسرته ، اذ انه من الاسهل على الطفل ان يتحدث عن مشكلته من خلال قصة أو لعبة أكثر مما يستطيع ذلك بواسطة الحديث المباشر •• كما أن اللعب يمكن أن

يكون وسيلة علاجية علاوة على كونه وسيلة تشخيصية ، ويصدق هذا على للإوسائل غير اللفظية الأخرى .

ويمكن أن نقول هنا أيضا أن العلاج النفسي قد يكون مباشرا أى أن تحدث التغيرات من خلال العلاقة بين المعالج والمريض ، وقد يكون غير مباشر أى عن طريق الأهل أو الأسرة والبيئة ، إلا أننا هنا نعنى بالعلاج النفسى ذلك النوع الأول نتيجة التدخل المباشر للمعالج ؛ كما نستطيع أن نصف العلاج النفسى حسب التدرج فى العمق .

١ - العلاج النفسى التدميى supportive psychotherapy

وفيه يكون دور المعالج أساسا هو تدعيم الوسائل الدفاعية التى يستخدمها المريض ومنع المزيد من الانهيار والتفكك .
ونلجأ الى هذا النوع من العلاج عندما لا توجد هناك امكانيات تسمح بالتعمق فى العلاج سواء كانت هذه الامكانيات ذاتية فى المريض أو موضوعية فى البيئة ، ومن العوامل الذاتية أو الخاصة بالمريض أن تكون الذات ضعيفة بدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية تؤدى الى انهيار تام للذات ، فهنا نساند الذات وندعمها ولا نلجأ الى التفسيرات أو المواجهة أو التفتيس الانفعالى انتماهى مداهمة الذات بمزيد من الرغبات الغريزية والصراعات النفسية بل نسعى الى تقوية دفاعاتها .

وقد يؤدي هذا العلاج التدميى الى تغيير شكل المرض الى شكل آخر فهو علاج غير جذرى . فقد يأخذ المرض الذهانى صورة المرض العصابى وهى نتيجة لا بأس بها على أية حال ، وقد تكون ضرورية فى ظروف معينة ، أى أننا يمكن ان نعتبر هذا العلاج نوعا من التضسيد ولكن هذا ليس حكما عليه بالسطحية المطلقة ، إذ أنه من السطحية أن نسعى الى علاج عميق فى ظروف لا تسمح بها .

كما يمكن أن نعتبر بعض مستويات العلاج السلوكى احد انواع هذا

العلاج ، وهو علاج يعتمد أساسا على تغيير السلوك الظاهري للفرد بناء على نظرية التعلم . ويعرف بتعديل السلوك behaviour modification ويمكن ان نذكر هنا بعض الوسائل المستخدمة في هذا النوع من العلاج : سلب الحساسية desensitization وذلك بتكرار العنصر المثير للقلق مع حالة من الاسترخاء العضلي مما يحد من مظاهر القلق ، وتستخدم هذه الطريقة على الاخص في حالات الرهاب Phobias كما نجد امتداد لهذه الوسيلة فيما يعرف بأسم الكف المتبادل reciprocal inhibition ويضاف فيه عوامل مبطلة للقلق مثل الحب أو الحنان affection والاطعام feeding responses والمحاكاة الاجتماعية social imitation كذلك نجد الاشراف انما عمل operant conditioning ويعتمد على الاستفادة من التغذية الاسترجاعية التي تأتي من البيئة نتيجة لسلوك الفرد وهو تطوير للاشراف التقليدية classical conditioning الذي أسسه بافلوف Pavlov على مستوى السلوك ، اذ انه يعتمد اساسا على الثواب والعقاب كطريقة لتعديل السلوك .

٢ - العلاج النفسي البنائي والمقصود هنا هو الانتقال خطوة من مجرد منع الاعراض عن التفاقم أو تدعيم الذات بحيث تكف عن التدهور ، ولكي يشمل هذا المستوى درجة من الاعادق لبناء التي قد تستوجب درجات محكمة من التحليل (التدمير) . ويشمل ذلك عدة خطوات منها السماح بعمليات التحلل الطبيعي أن تحدث أو تيسيرها بتشجيع التعبير بالوسائل المختلفة ابتداء من الاستماع الى التفسير . وفي كل الحالات فان المطلوب هو عملية ذات هدف محدد يتخلل طريقها نسب محدودة من التحليل والتفكيك ولكنها لا بد وأن تنتهي بالضرورة باعادة البناء ويمكننا أن نميز مستويين :

(أ) العلاج التعبيري expressive therapy

اذا اعتبرنا ان العلاج التدعيمي يعتمد على منع التعبير عن الغرائز

والصراعات الداخلية وعلى تغطية الرغبات اللاشعورية ومساعدة الوسائل الدفاعية ، فإن الدرجة الثانية من التعمق هي مساعدة الرغبة أو الصراع على الظهور من اللاوعى الى الوعى .

ويستخدم هذه الطريقة اذا كانت الصراعات الداخلية قوية والكبت شديدا . حينئذ يكون السماح لهذه الصراعات بالظهور وسيلة لحل هذه الصراعات واعادة البناء قبل ان تعاد درجة ما من الكبت مرة اخرى ، اذ ان الوسائل الدفاعية للكبت قد تكون وسائل غير توافقية ومؤدية الى حالة مرضية . ويمكن ان يقارن هذا العلاج بفتح الخراج في العمليات الجراحية وتستخدم هذه الطريقة اذا كانت القوة الذاتية للمريض تسمح له ببناء وسائل دفاعية اخرى ملائمة له .

وقد تكفى بهذا أو ننتقل الى درجة اعق من العلاج هي : —

analytic psychotherapy

(ب) العلاج التحليلي

قد توحي هذه التسمية بأن الهدف من هذا النوع من العلاج هو التحليل أو الهدم وليس اعادة البناء . ولكن التحليل هنا ما هو الا خطوة نحو اعادة البناء التى تحدث تلقائيا . اذا كان العلاج يحدث لشخصية تملك قدرة ذاتية على اعادة التكوين ، فالتحليل هنا يشمل كلا من العنصرين السابقين وهما التدعيم الناتج من قدرات الفرد الذاتية ، والتعبير الذى يحدث نتيجة توفير الجو الملائم (بواسطة المالج) ورغبة الفرد في التعبير عن نفسه ، وخطوة اعادة البناء هي ما يعرف بالتحليل التقليدى باسم مرحلة العمل فى العلاج .

وهي تتبع مرحلة التدعيم والاستماع ثم التعبير والتفريغ عندما يكتسب المريض البصيرة نتيجة تفريغ الشحنات الانفعالية ورفع الكبت وبالتالي وضوح الرؤية بالنسبة للصراعات الداخلية اذ عندما يفهم المريض مصادر مرضه ويعيد اختياره مرة اخرى فانه يفتار وسائل بناء بدرجة أكثر مما سبق وفي النهاية يعاد البناء بواسطة التكيف الذى يحدث للرغبات

المكبوتة مع بقية عناصر انشخصية ومع الواقع .

٣ - العلاج الجفنى فى هذه الحالات يتجاوز العلاج حدوده الزمانية والمكانية . فعلى مستوى الزمان يكون الهدف أن يستمر الطفل فى استيعاب العملية العلاجية بحيث يستمر ذاتيا بعد انتهاء فترة العلاج الرسمية . وهو ما يحدث تلقائيا من منطلق مرونة الطفل وتطوره الطبيعى . وعلى المستوى الثانى فإن ذلك يتطلب من المعالج أن يوجه جهوده الى البيئة المحيطة بالطفل بادئا بالاسرة المباشرة حتى المجتمع بأسرة . والحقيقة أن هذه الفلسفة العلاجية هى انعكاس لممارسة المعالج وطبيعته بقدر ما هى انعكاس للحالة المطلوب علاجها .

ويعتبر التحليل النفسى خطوة فى هذا الاتجاه . ومن أعلامه فى مجال الاطفال ميهانى كلاين التى اعتمدت أساسا على الوسائل اللالغوية والتفسيرات العميقة . وأنا فرويد التى اعتمدت على الوسائل اللغوية الفردية

اطارات العلاج النفسى : -

١ - العلاج الفردى individual psychotherapy

الاطار التقليدى للعلاج النفسى هو العلاقة بين المعالج والمريض أى العلاقة بين فرد وفرد آخر وهو اطار متبع فى حالة الراشدين أكثر . إذ أن الراشد مفترض فيه انه قد استقل عن اسرته ونجح فى تكوين هويته وشخصيته . وهذا الاطار يعبر عن الحالة الحضارية التى تتقدس الفردية والمفاهيم الخاصة وهذا الاطار وان كان مستخدما فى العلاج النفسى إلا أننا نجد انه فى بعض الحالات ينعدم تأثير العلاج الفردى تحت تأثير احتكاك الطفل بالاسرة ، إذ أن الطفل مازال مرتبطا بأسرته ويمكن اعتباره امتدادا لها وما يعبر عنه قد يكون حالة مرضية فى الاسرة أكثر منه حالة مرضية فيه إذ أن الطفل هو أضعف حلقة فى اسرته .

وعلى هذا تفترض أنواع أخرى من العلاج نفسها في حالات
الطفل وهي :

Family therapy

٢ - العلاج الاسرى بدلا من تركيز العلاج على الطفل وحده فأننا
هنا ننظر الى الأسرة كوحدة مرضية والى الطفل كمعبر عن هذا المرض أى
أن اننا نعالج الأسرة ككل .

وقد يأخذ هذا التدرج والعلاج شكلا تقليديا بأن نركز العلاج
النفسى على الطفل والعلاج البيئى على الأسرة أو أن نرى الطفل بالتوازى
مع أسرته أى أن يكون الطفل مع معالج والأسرة أو الابوين مع معالج
آخر . ومع تطور العلاج النفسى الاسرى أصبحنا نرى الطفل مع أبويه في
جلسة مشتركة أو حتى مع أبويه وأخوته بل أصبح الاطار اللاسرى شاملا
في بعض الاحيان لافراد آخرين هامين مثل الاعمام أو الخالات أو الجيران
أو المدرسين في مدرسة الطفل ، وإذا انتقلنا خطوة أخرى فأننا نستطيع أن
نعالج مجموعة من الاسر معا في اطار علاج اسرى جماعى .

٣ - العلاج الجماعى

group-psychotherapy

لقد فرض هذا العلاج نفسه بسبب وجود الاطفال في جماعات سواء
كان ذلك بالمدرسة أو المستشفى أو المصححة النفسية إذ أن الطفل قد يتعلم
من صديقه أو زميله من نفس السن أكثر مما يتعلم من الكبار . وقد فتح
لنا ذلك مجالا للتأثير على الاطفال عن طريق الاستماعة بالمجموعة كنصر
ضغط أو تأثير لانتاحة الفرصة للطفل لتعلم طرق ببناءة في السلوك
والتفكير .

وقد يبدو لاول وهلة ان هذا مجرد اقتصاد نتيجة قلة عدد المعالجين
وكثرة المرضى الا ان ذلك ليس الا عنصرا واحدا ضمن عناصر أخرى
يمتاز بها العلاج الجماعى ، فكملا قلنا قد يكون تأثير الأنداد على الطفل
أكثر من تأثير المعالج الفرد ، إذ أن الطفل كثيرا ما يربط بين أى راشد
وبين البيئة الاسرية المرضية . فمثلا اذا كان يشكو من اضطهاد أبويه

أو المدرسين فإنه سوف يشعر بذلك تجاه المعالج ويأخذ منه موقفًا سلبيًا . وقد يستطيع المعالج هنا كسر هذا الحاجز عن طريق آخر في عمر الطفل بالإضافة الى هذا فإن المجموعة قد تعطي الطفل مساندة لكي يستطيع التعبير عن رغباته العدوانية تجاه الراشدين الامر الذي قد يصعب عليه في الجلسات الفردية ، كما ان عنصرى التعبير والتنفيس يتيسران بغسل الجماعة ، اذ ان الطفل الذي يرى طفلا اخر يبكي أو يصرخ أو يضحك أو يتحرك بطريقة معينة يجد سهولة في التعبير عن انفعالاته بنفس الطريقة أكثر مما لو كان في غرفة مع معالج وحدهما . كذلك يتيح العلاج الجماعى للطفل فرصة الاختيار اذ يجتمع الاطفال بدون هدف محدد كأن يقوموا بالعباب الرياضية أو أعمالاً فنية أو لمجرد التعبير عما في نفوسهم وإذا كنا نشير هنا الى الجماعى بالمعنى العام فإن هناك مجالات ثتى للعلاج الجماعى مثل اللعب أو الرياضة أو الدروس أو العلاج النفسى المسرحى psychodrama أو العلاج النفسى الجماعى الموسيقى والغنائى small ويستخدم في حالات التلثم .

فهرس

الفصل الأول :

٣	المقابلة والفحص والضيافة الشخصية
٥	المقابلة
١٠	الفحص
١٣	فحص الاطفال
١٥	الضيافة الشخصية

الفصل الثاني :

٢٣	تصنيف الاضطرابات النفسية في الاطفال
----	-------------------------------------

الفصل الثالث :

٣٩	الطفولة المبكرة
٣٩	اضطرابات التغذية
٤٤	اضطرابات النوم
٤٧	اضطرابات الكلام
٤٩	اضطرابات الحركة والسلوك

الفصل الرابع :

٥٩	الاضطرابات البسيطة
٥٩	الاستجابات الصحية
٦١	الاضطرابات الموقفية
٦٤	انحرافات النمو

الفصل الخامس :

٦٩	الاضطرابات المعنوية
٧٣	القلق
٧٦	الاكتئاب
٨٠	الزهايمر

٨٣	الهستيريا التحولية
٨٧	الهستيريا الانشقاقية
٨٩	الوسواس القهري

الفصل السادس :

٩٣	اضطرابات الشخصية
٩٣	الشخصية والنضج
٩٣	اضطراب الشخصية
٩٥	الشخصية والتكيف
٩٧	الانماط الاكلينيكية
٩٧	الشخصية الهستيرية
٩٨	الشخصية القلقة
٩٩	الشخصية الوسواسية
١٠٠	الشخصية الممارضة
١٠١	الشخصية الاعتمادية
١٠٢	الشخصية المكفوفة
١٠٢	الشخصية المنزلة
١٠٣	الشخصية المتشككة
١٠٤	اضطرابات التوتر والاخراج
١٠٧	الشخصية المنقسمة عن المجتمع
١٠٧	الانحرافات الجنسية
١٠٨	الادمان واضطرابات الشخصية
١١٠	عقائير الادمان
١١٢	شخصية الممن

الفصل السابع :

١١٥	الاضطرابات الذهانية
١١٦	الذهان الذاتوى
١١٩	الذهان الكفلى

الفصل الثامن :

١٢٢	الاضطرابات النفسية الجسمية
١٢٤	الانفعال والجسد
١٢٨	الطفل والانفعال
١٢٩	الاستجابة الفردية المحددة
١٣١	١ - الجلد

١٣٢	٢ - الجهاز الهضمي
١٣٦	٣ - الجهاز التنفسي

الفصل التاسع :

١٣٧	الاضطرابات المخية
١٣٩	١ - الحركة المفرطة
١٤١	٢ - الامراض المخية الحادة والمزمنة
١٤٣	٣ - المصروع
١٤٥	علاج الاضطرابات المخية

الفصل العاشر :

١٤٧	التخلف العقلي
١٤٧	تعريف التخلف العقلي
١٤٨	الصورة الاكلينيكية
١٥٣	أمثلة من التخلف العقلي الطبى

الفصل الحادى عشر :

١٥٩	علاج الاضطرابات النفسية فى الاطفال
١٥٩	مفهوم العلاج
١٦٣	العلاج بين السطح والعمق
١٦٤	العلاج بين العضوى والنفسى
١٦٧	العلاج العضوى
١٧١	تصنيف العقاقير
١٧٦	استخدامات العقاقير فى الاطفال
١٧٧	العلاج الكهربائى
١٧٨	العلاجات العضوية المعتمدة على الارادة
١٧٩	العلاج البيئى
١٨٠	الفريق العلاجى
١٨٢	العلاج النفسى



رقم الايداع بدار الكتب

٧٨/٥٩٠١

هذا الكتاب

الطفل هو نتيجة مباشرة لمعلاقة
« أب » و « أم » وعندما نقول ان هذا
الطفل يعاني من « مرض نفسي »
فنحن نقول ضمينا ان الظروف التي
احاطت بالطفل هي ظروف مريضة
فالطفل في جوهره مرآة عاكسة
لظروف أسرته ومجتمعه ..

وهذا الكتاب الذي يقدمه د. محمد
شعلان الى « القراء » هو شرح علمي
لأسلوب علاج الاطفال ويخلص
د. شعلان في محاولة الشرح البسيط
ليصبح في متناول طالب الطب أن
يعرف اسباب المرض وجذوره وكيفية
مواجهته . وبهذا لا يصبح الكتاب
متخصصا لطلبة الطب فقط ولكنه
لكل أب وكل أم يرغبان في معرفة
عالم الطفولة ومشاكله ..

ود . محمد شعلان أحد كبار
الباحثين في امراض الطفولة النفسية
لأن الطفل في بلادنا يحتاج الى
اكتشاف ، وامراضه النفسية لا يكفي
علاجها فقط بالعقاقير .. فالعقاقير
أحيانا تكون المخدرات التي تؤجل
مواجهة المشاكل . فلماذا نرهق
اطفالنا بتأجيل النظر في مشكلاتهم .

ان هذا الكتاب دعوة مواجهة
صريحة لمشاكل الطفولة وامراضها
وتحديد طرق انقاذ الطفل من انياب
المتاعب النفسية .. كتاب يضيء العقل
والقلب معا بعالم من المعرفة التي
تؤكد الحب . حب المجتمع لمستقبله
وحب الاباء، للابناء دون قهر للابناء
ودون استعباد للآباء .. انه كتاب من
اجل حرية الطفل المستنولة .. وحرية
الآباء التي تؤكد نفسها ايضا
بالسؤولية .



Bibliotheca Alexandrina



0646069



مكتبة
الاسكندرية